# 令和3年度第2回沖縄県がん診療連携協議会幹事会
# 議事次第

日 時：令和３年７月１２日（月）　１４：００～

場 所：WEB開催

| **議事要旨等** | 資　料 | 備　考 |
|---|---|---|
| １．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4月12日開催) | 資料１ | Ｐ４ |
| ２．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月7日開催) | 資料２ | Ｐ７ |
| ３．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月7日開催) | 資料３ | Ｐ１３ |
| ４．協議会・幹事会・部会委員について | 資料４ | Ｐ７２ |
| ５．令和３年度の協議会・幹事会の開催の日時について | 資料５ | Ｐ７７ |
| **審議事項** | | |
| １．沖縄県における「ライフステージに応じたがん対策」分野の進捗状況について | 資料６ | Ｐ７８ |
| ２．沖縄県における「それぞれのがんの特性に応じた対策」分野の進捗状況について | 資料７ | Ｐ８２ |
| ３．沖縄県における「離島及びへき地対策」分野の進捗状況について | 資料８ | Ｐ８３ |
| ４．第２回沖縄県がん診療連携協議会議題調整について | 資料９ | Ｐ８５ |
| ５．その他 | | |
| **報告事項** | | |
| １．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について | 資料なし | |
| ２．沖縄県におけるがん対策費について(平成28年度～令和3年度の予算及び決算の推移) | 資料１０ | Ｐ８６ |
| ３．患者会よりの報告 | | |
| （１）安里委員報告 | 資料１１-（１） | Ｐ８７ |
| （２）真栄里委員報告 | 資料１１-（２） | Ｐ９２ |
| （３）島袋委員報告 | 資料１１-（３） | Ｐ９４ |
| ４．がん教育について | 資料１２ | Ｐ９７ |
| ５．北部地区医師会病院と琉球大学病院との定期的なカンファレンスについて | 資料１３ | Ｐ９８ |
| ６．がんゲノム医療について | 資料１４ | Ｐ１４４ |
| ７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について | 資料１５ | Ｐ１８９ |
| ８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告 | 資料１６ | Ｐ１９０ |
| ９．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について | 資料１７ | Ｐ２０３ |
| １０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議 | | |
| （１）第１６回厚生科学審議会がん登録部会 | 資料１８-（１） | Ｐ２１８ |
| （２）第１回がんの緩和ケアに係る部会 | 資料１８-（２） | Ｐ２５０ |
| （３）第１回第８次医療計画等に関する検討会 | 資料１８-（３） | Ｐ３３１ |
| １１．その他 | | |
| **部会報告事項** | | |
| １．医療部会 | 資料１９ | Ｐ５２４ |
| ２．緩和ケア・在宅医療部会 | 資料２０ | Ｐ５２６ |
| ３．小児・AYA部会 | 資料２１ | Ｐ５３３ |
| ４．離島・へき地部会 | 資料２２ | Ｐ５３６ |
| ５．情報提供・相談支援部会 | 資料２３ | Ｐ５３８ |
| ６．ベンチマーク部会 | 報告なし | |

# 令和３年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会　資料一覧

１．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4 月 12 日開催)

２．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 7 日開催)

３．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5 月 7 日開催)

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和３年度の協議会・幹事会の開催の日時について

６．沖縄県における「ライフステージに応じたがん対策」分野の進捗状況について

７．沖縄県における「それぞれのがんの特性に応じた対策」分野の進捗状況について

８．沖縄県における「離島及びへき地対策」分野の進捗状況について

９．第２回沖縄県がん診療連携協議会議題調整について

１０．沖縄県におけるがん対策費について(平成 28 年度～令和 3 年度の予算及び決算の推移)

１１．患者会よりの報告
(1)安里委員報告
(2)真栄里委員報告
(3)島袋委員報告

１２．がん教育について

１３．北部地区医師会病院と琉球大学病院との定期的なカンファレンスについて

１４．がんゲノム医療について

１５．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

１６．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
(1)第１６回厚生科学審議会がん登録部会
(2)第１回がんの緩和ケアに係る部会
(3)第１回　第８次医療計画等に関する検討会

１９．医療部会

２０．緩和ケア・在宅医療部会

２１．小児・AYA 部会

２２．離島・へき地部会

２３．情報提供・相談支援部会

資料１

# 令和３年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

**日　　時**　令和３年４月１２日（月）１４：００～１６：１０
**場　　所**　ＷＥＢ会議
**構 成 員**　８名（出席者７名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

| | |
|---|---|
| １号委員（がんセンター長） | 増田 昌人 |
| ２号委員（沖縄県立中部病院） | 朝倉 義崇 |
| ３号委員（那覇市立病院） | 友利 寛文 |
| ３号委員（沖縄県立八重山病院） | 菊池　馨 |
| ３号委員（北部地区医師会病院） | 柴山 順子 |
| ３号委員（沖縄県立宮古病院） | 松村 敏信 |
| ４号委員（琉球大学上原キャンパス事務部総務課長） | 金城 不二子 |

（欠席者）

| | |
|---|---|
| ４号委員（沖縄県保健医療部） | 糸数　公 |

（陪席者）

| | |
|---|---|
| 沖縄県立中部病院 | 戸板　孝文、吉田　幸生 |
| 沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班 | 沖山　洋子、新垣　真太郎 |
| 琉球大学病院診療情報管理センター | 有賀　拓郎 |
| がんセンター | 石川　千穂 |
| 上原キャンパス事務部総務課総務第二係 | 平良　英貴 |

**議事要旨・委員一覧**

会議に先立ち、新委員となった菊池委員（3号委員）及び席者（沖縄県健康長寿課がん対策班（沖山氏、新垣氏）の紹介があった。また、オブザーバー参加の琉球大学病院診療情報管理センター有賀氏の紹介があった。

**１．令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（1月18日開催）について**
**２．令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2 月 5 日開催）について**
**３．令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月5日開催）について**

増田議長から資料１から資料３に基づき、令和２年度第４回幹事会議事要旨（令和 3 年 1 月 18 日開催）、令和２年度第４回協議会議事要旨及び議事録（令和 2 年 11 月 13 日開催）について報告があった。また、第４回協議会の反省点について確認がなされた。

**４．協議会・幹事会委員一覧について**

増田議長から資料４に基づき、協議会・幹事会委員の確認があった。

**５．令和３年度の協議会・幹事会の開催の日時について**

増田議長から資料５に基づき、令和３年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

令和２年度で示した日程のうち、令和３年１１月５日（金）に予定した第３回協議会の日程について、多くの医療関係者が参加する会議と重なることから、令和３年１１月１９日（金）に変更したとの報告があった。

**審議事項**

**１．沖縄県におけるがん対策の進捗状況について①**

増田議長から資料６（当日資料）に基づき、「相談支援と情報提供」指標の説明があった。

続いて、都道府県ごとの指標を確認できる資料を作成中であることの紹介及び作成途中の資料についてどのような資料となっているか等概要についてデモンストレーションが行われた。

（がん相談支援センターの利用状況についての意見交換等）

柴山委員：北部地区医師会病院では、そもそも相談支援の利用が少ないと感じており、そのため指標化が困難になっているように思われる。

友利委員：那覇市立病院では相談支援センターを紹介しているが、全ての患者家族が利用しているようには感じない。また、患者サロンについては、新型コロナウイルスが流行してから開催していない。なお、がん患者に説明する際（主観として半数程度）は専門の看護師が同席し、当該看護師の判断においてがん相談支援センターを紹介する等対応している。

菊池委員：県立八重山病院では、がん患者への説明する際には（主観として８割程度）患者のニーズにあう看護師が同席し、対応している。

松村委員：県立宮古病院では大腸がんに限っていえば、救急外来対応の際は、看護師の同席はできていない。

増田委員：患者会の要望もあり、国の方針も同様であることから、がんの治療方法を選択する前までに相談支援センター利用いただくようシステム作りが求められている。また、がん相談支援センターを原則的に利用いただく先進例はあるが、それらは一部特殊な医療機関であることから方法を単純に参考にすることはできない。各病院の実状に沿った形で、がん相談支援センターの利用率を高める方法を構築していくことが必要となってきている。

**２．沖縄県におけるがん対策の進捗状況について②**

増田議長から資料７（当日資料）に基づき、「がん登録」指標と活用方法の案について説明とがあった。

**３．第１回沖縄県がん診療連携協議会議題調整について**

**※上記１，２が協議会の議題のベースとなる前提であったことから、割愛された。**

**報告事項**

**１．第３次沖縄県がん対策推進計画（2018～2023）の中間評価について**

沖縄県健康長寿課新垣氏（オブザーバー参加）から、第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について、令和３年７～８月に会議開催し、評価を行っていく予定であるとの報告があった。

また、増田議長から、中間評価の先進例と秋田大学の紹介があった。

**２．沖縄県における令和３年度のがん対策予算について**

沖縄県健康長寿課新垣氏（オブザーバー参加）から資料９に基づき、沖縄県における令和３年度のがん対策予算は約１億６千万円となっており、例年度と比較し、約１千２百万円の減額となっているとの報告があった。また、主な要因として、がん医療連携体制推進事業費、がん検診充実強化促進事業の委託料の実績に基づく減額、がん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療推進事業の終了に伴うものであるとの報告があった。

なお、がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業については今年度から開始されるとの説明があった。

**３．患者会よりの報告**

増田議長から資料１０に基づき、NPO 法人パンキャンジャパンからの報告を予定している旨の説明があった。

**４．がん教育について**

増田議長から資料１１に基づき、今年度から保健体育の授業としてがん教育を実施することとなっている旨の状況説明があった。

**５．北部地区医師会病院と琉球大学病院との定期的なカンファレンスについて**

増田議長から資料１２に基づき、北部地区医師会病院と琉大病院とで定期カンファレンスを実施した旨の報告があった。

**６．がんゲノム医療について**

増田議長から資料１３に基づき、がんゲノム医療について報告があった。また、前立腺がんについてのみは、琉大病院がんセンターではなく、琉大病院の泌尿器科へ直接問い合わせていただくよう紹介のルールを変更する旨の報告があった。

**７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について**
**８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告**
**９．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について**

増田議長から、各自確認いただきたい旨、発言があった。

**１０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議**
**（１）第７５回がん対策推進協議会議事次第**
**（２）第４回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議**
**（３）第４回がん全ゲノム解析等連絡調整会議**
**（４）第１回「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けた検討会議**
**（５）第２回「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けた検討会議**
**（６）第１８回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議**
**（７）第３２回がん検診のあり方に関する検討会**
**（８）第１回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討**
**（９）第２回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討**

増田議長から資料１７に基づき、がん関連審議会及び各種会議について報告があった。

**１１．その他**

増田議長の要望を受け、県立中部病院の戸板氏（オブザーバー参加）から、離島から本島へ放射線治療を受ける際の状況について説明があった。

**<u>部会報告事項</u>**

**１．医療部会**（資料なし）
**２．緩和ケア・在宅医療部会**
**３．小児・AYA部会**
**４．離島・へき地部会**
**５．情報共有・相談支援部会**
**６．ベンチマーク部会**

増田議長から、各自確認いただきたい旨、発言があった。

以上

資料２

# 令和３年度 第１回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（案）

日　　時　　令和３年５月７日（金）　１４：００～１６：３５
場　　所　　ＷＥＢ会議／議長　琉球大学医学部 管理棟３階　大会議室
構 成 員　３０名　（欠席者７）

| | | |
|---|---|---|
| １号委員 | （琉大病院長） | 大屋　祐輔 |
| ２号委員 | （県立中部病院長） | 玉城　和光 |
| | （那覇市立病院長） | 外間　浩（欠席） |
| ３号委員 | （県立宮古病院長） | 本永　英治 |
| | （県立八重山病院長） | 篠﨑　裕子（代理） |
| | （北部地区医師会病院長） | 諸喜田　林 |
| ４号委員 | （沖縄県医師会長） | 安里　哲好（欠席） |
| ５号委員 | （沖縄県歯科医師会長） | 真境名　勉（欠席） |
| ６号委員 | （沖縄県薬剤師会長） | 亀谷　浩昌 |
| ７号委員 | （沖縄県看護協会長） | 仲座　明美（欠席） |
| ８号委員 | （沖縄県政策参与） | 対象者なし（構成員外） |
| ９号委員 | （沖縄県保健医療部長） | 大城　玲子（欠席） |
| １０号委員 | （琉大がんセンター長） | 増田　昌人 |
| １１号委員 | （琉大がんセンター運営委員会委員長） | 青木　陽一 |
| １２号委員 | （琉大医療福祉支援センター長） | 平田　哲生（欠席） |
| １３号委員 | （琉大薬剤部長） | 中村　克徳（代理） |
| １４号委員 | （琉大看護部長） | 眞栄城　智子 |
| １５号委員 | （琉大事務部長） | 鬼村　博幸 |
| １６号委員 | （県立中部病院副病院長） | 前田　純子 |
| | （県立中部病院血液腫瘍内科部長） | 朝倉　義崇 |
| | （那覇市立病院外科統括科部長） | 宮里　浩 |
| | （那覇市立病院外科部長） | 友利　寛文 |
| １７号委員 | （県立宮古病院外科部長） | 松村　敏信 |
| | （県立宮古病院副院長） | 見里　悟美 |
| | （県立八重山病院外科部長） | 菊池　馨 |
| | （県立八重山病院副院長） | 平良　美江 |
| | （北部地区医師会病院副院長） | 柴山　順子 |
| | （北部地区医師会病院看護部長） | 我如古　春美 |
| １８号委員 | （沖縄県がん患者会連合会事務局長） | 安里　香代子 |
| | ⑴ゆうかぎの会(離島圏におけるがん患者支援を考える会)会長) | 真栄里　隆代 |
| | （サバイバーナースの会「ピアナース」代表） | 上原　弘美 |
| | （パンキャンジャパン沖縄アフィリエート） | 島袋　百代（欠席） |
| １９号委員 | （国際医療福祉大学大学院教授） | 埴岡　健一 |
| | （一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長） | 天野　慎介 |
| | （琉球新報編集局次長・報道本部長） | 島　　洋子 |
| ２０号委員 | （琉大病院病理部長） | 加留部　謙之輔 |
| | （琉大病院小児科講師） | 百名　伸之 |
| | （那覇市立病院放射線科部長） | 足立　源樹 |

陪　席　者　沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班　新垣　真太郎
　　沖縄県教育庁保健体育課　指導主事　奥間　あさみ
（以下、Ｚｏｏｍ傍聴申込）
　　ハートライフ病院、友愛センター、琉球大学病院がんセンターほか

**資料確認等**

**１．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4月12日開催)**
**２．令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2月5日開催)**
**３．令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月5日開催)**
**４．協議会・幹事会委員一覧**
**５．令和２年度の協議会・幹事会の開催の日時について**

増田委員（10 号委員）から資料について確認があった。

また、大屋委員長から、資料４の協議会名簿に基づき、新規委員についてアナウンスがあり、新委員からそれぞれ挨拶があった。

**有識者報告事項**

**１．埴岡委員報告**

埴岡委員(19号委員)から資料6に基づき、「がん対策の進捗確認のためのロジックモデルに対応した指標集」について報告があった。

また、本資料は中間評価の時期にロジックモデルを使ってプログラムを評価することで全体の整合性や、個別の施策が実施されているか検証するための一環として、又は、都道府県計画を評価する際にアウトカムベースのインパクト評価を行うことを支援するために作成したものであるとの用途等について説明があった。

**２．天野委員報告**

天野委員(19号委員)から、資料7に基づき、以下2件について国の動向等について報告があった。

①「全ゲノム解析」についての事業目的や、事業実施体制の構築等、進捗状況について報告があった。

②「ゲノム情報に基づく差別に関する法制度のあり方」について、そもそも日本では当該制度は整備されていないことや、最近の研究、今後の諸課題や論点について報告があった。

**審議事項**

**１．沖縄県における「相談支援と情報提供」分野の進捗状況について**

増田委員（10 号委員）から、進捗状況の確認方法のとして、今後より良い支援体制を構築するために「ロジックモデル」を用いた県のがん患者の状況を確認することの提案があった。

また、当日資料に基づき、今回は「相談支援と情報提供」分野について、まずは「最終アウトカム」を確認し、次に「中間アウトカム」と「中間アウトカムを実現するために個別の施策」の内容を検討した。

審議の結果、本ロジックモデルをベースに継続検討していくことが概ね了承された。併せて、今回の議論を踏まえた修正資料を今後作成するとともに、以下のポイントを含めた進捗確認を続けることが確認された。

・本指標データを継続的に確認することで、状況確認を行う。
・「均てん化」を確認するために、離島やがん診療拠点病院以外の病院のデータの追加を検討する。
・満足度等の「数値」の向上を目指すのではなく、最終アウトカム（多くの患者が満足する）の目標を念頭に施策等を進める。
・医療職のみならず患者参加型かつ、地域色を踏まえたロジックモデルの構築を目指す。

なお、個別の施策について以下のことを検討していくこととなった。

・がん患者やその家族へ相談支援センターを紹介する仕組みを検討する。

※以下の審議事項において、沖縄県がん診療連携拠点病院を「拠点病院」と表記する。

**【要旨及び主な議論】**

**●最終アウトカム**

がん患者とその家族が、がんにより生じた療養生活の心配や悩みなどが軽減されている。

・患者体験調査（2018 年）から以下２点の指標を選定

①自分らしい日常生活を送れている患者の割合

②納得いく治療選択ができた患者さんの割合

＊本資料は、国のがん計画の基本計画に対する評価を行うために全国の拠点病院に対してアンケート調査を実施したものから転用していることから、拠点病院以外の病院のデータは含まれていない。

**○指標に対する意見等**

・全国の拠点病院へのアンケート調査資料となることから、沖縄県として記載される数値は県の拠点病院（中部病院、那覇市立病院、琉大病院）の患者アンケートであり、離島・北部地域の患者の意見が反映されていない。

・地方の方が都会より高評価で回答する場合があるように思われる。

・例えば「満足度」数値が高く感じられるものだとしても、悪い評価をした患者を如何に減らせるのか検討していくことが望まれる。

**●最終アウトカムを目指すための中間アウトカム３点と中間アウトカムを実現するための個別の施策**

【中間アウトカム】

・「患者やその家族が、医療者から十分に情報を得られている」

・「がん患者やそこ家族等が質の高い相談支援が受けられる体制ができている」

・「患者やその家族がピアサポートを受けることができている」

**●中間アウトカム「患者やその家族が、医療者から十分に情報を得られている」**

・以下３箇所から指標を選定

①患者体験調査

②NDB-SCR を用いた指標（診療報酬から、看護師同席の確認を行う）

③本協議会独自調査

（県内６箇所のがん相談支援センターで相談された件数を指標に用いる）

**○指標に対する意見等**

・NDB-SCR を用いた指標について、沖縄県の多くの病院が他県に比べ、請求できるだろうレセプト請求をしっかり行っていない可能性がある。

・全国的な数値や県内の数値を比較検討することも重要だが、本協議会では、改善方法について病院独自の取組などの意見交換を行うことこそ、中間アウトカムから施策にかけて重要ではないか。

**○中間アウトカムを実現するための個別の施策**

①専門医療機関では規則や制度ではなく、実際にがん告知の際に必ず看護師が立ち会う。

②拠点病院等では、外来初診時に主治医等からがん患者及びその家族に対して相談支援センターについて説明を行い、積極的に紹介する。

③拠点病院等では、外来初診時等に主治医から紹介がなかったときに、医師以外の医療者から必ずがん患者及びその家族に対し相談支援センターについて説明を行い、積極的に紹介する。

④拠点病院以外の専門医療機関は、主治医を含む医療者から必ず拠点病院のがん相談支援センターに関する情報提供を行う。

⑤外来化学療法室を利用する際には、必ずがん相談支援センターを利用する。

⑥拠点病院等では、がん相談支援センターにおいて、１）臨床試験、２）ゲノム医療、３）希少がん、４）小児・ＡＹＡ世代のがん、５）生殖医療に関する情報提供・相談支援を行う。

⑦沖縄県は、沖縄がんサポートハンドブックを毎年改訂発行し、配布する。

⑧拠点病院等は、アクセシビリティが考慮された１）情報ナビゲーション機能を持ったがん患者のウェブサイト開設、２）音声資料の提供、３）点字資料の提供を行う。

**○個別の施策についての意見等**

（個別施策①看護師の同席について、会議参加病院の意見交換）

・玉城委員（２号委員）沖縄県立中部病院

医師から看護師に事前連絡することが重要だと思われる。

・篠崎裕子委員（３号委員）、菊池馨委員（17 号委員）（沖縄県立八重山病院）

地域連携室の中にがん相談支援センターがあり、所属するがん相談員、もしくは緩和ケア認定看護師、がん化学療法認定看護師などが配置されている。また、事前に連携センターのがん担当の看護師さんに同席依頼できる環境が整っている。

・諸喜田林委員（３号委員）（北部地区医師会病院）

課題として、主治医の都合で時間外に告知する場合、看護師への同席を依頼することが困難になる場合がある。

・松村敏信委員（17 号委員）（沖縄県立宮古病院）

相談支援センターに看護師を配置することで、当該者に同席を依頼している。最近では新患患者へ外来で告知する場面にも同席している

**●中間アウトカム「がん患者やその家族が質の高い相談支援が受けられている体制ができている」**

・患者体験調査から以下４点の指標を選定

①治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた患者の割合

②がん相談支援センターを知らなかった患者の割合

③がん相談支援センターが役に立った患者の割合

④相談できる支援があると感じた患者の割合

**○指標に対する意見等**

・特に意見なし

**○中間アウトカムを実現するために個別の施策**

①拠点病院等では、「相談支援センター相談員研修・基礎研修」を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ１人ずつ配置する。

②拠点病院等では、がん相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備する。

③拠点病院等におけるがん相談支援センターの支援員は、拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修会を受講する。

④拠点病院等は、相互訪問等によりピアレビューを行い、質の向上を行う

⑤情報提供・相談支援部会において、定期的に各医療機関の相談の質の評価に関して検討を行い、協議会で結果を共有する。

**○個別の施策についての意見等**

・まずは、がん相談支援センターの存在を患者さんに知っていただくことを目標に、どのように周知していくか検討することが前提となるのではないか。

・県外では、医師のアナウンス不足により、相談支援センターを知らない患者が一定数いるように思われることもあり、相談支援センターを紹介する仕組みを作ることが解決につながるのではないか。

**●中間アウトカム「患者やその家族がピアサポートを受けることができている」**
・以下２箇所から３点の指標を抽出
①患者体験調査患者体験調査
②協議会の独自調査

**〇指標に対する意見等**
・ピアサポートについて、常時対応することが困難であることや患者サロンを定期的に開催できない理由について
①県内でのピアサポーター制度は現在、琉大病院のみ対応しており、中部病院、那覇市立病院の患者サロンへ琉大のぴあサポーターを派遣している。しかし、県内全域で、ピアサポーターの受入を含めた毎日ピアサポーターを病院に在中ただける体制の構築に至っていない。
③患者サロンは拠点病院、診療病院の義務要件として開設しているが、実際に当該時間に相談に訪れる者がない場合などもあり、拠点病院等で活発な活動に至っていない。

・今回のピアサポーターの多くは研修会で養成された参加者であり、全国的に活動されている者や研修会に参加していない者を含めた数になっていないのではないか。

**〇中間アウトカムを実現するために個別の施策**
①沖縄県地域統括支援センターが中心になり、ピアサポーターの養成を行う。
②ピアサポーターは研修会に参加して質の向上に努力する。
③専門医療機関にてピアサポートを恒常的に行う。
④専門医療機関において、患者サロンを定期的に開催する。
⑤拠点病院等は医療関係者と患者会が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援を行う。
⑥拠点病院等は相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連絡、協力体制の構築に積極的に取り組む。

**〇個別の施策についての意見等**
・ピアサポーターの養成について、サポーターに対し、サポートに関する悩みなどを行政又は医療機関でのフォローが必要ではないか。
・ピアサポーターの活躍できる場を整備することで、サポーター数及び目的意識を増やす方法はどうか。例えば、ピアサポーター研修を受けた者については、旅費の支援対象となる制度があれば、離島でのがん関連フォーラムにサポーターへも対応いただける場合が増えるのではないか。
・コロナウイするまん延により実際に集まるイベントは困難となったこともあり、WEB での患者サロン、交流会が活発になってきているように感じる。また、拠点病院の相談支援センターが主催するがんサロンを含め、例えば今までは開催が困難であった夜間での開催も検討可能になるのではないか。ただし、オンラインでは伝わりにくいこともあるので、今後方策を検討しながら活用していくことが必要になる。

**報告事項**

**１.第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について**
沖縄県健康長寿課新垣氏から、第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について、進捗状況等の報告があった。
また、埴岡委員（１９号委員）から、沖縄県のがんに関する医療計画について、ロジックモデルに基づいた進捗評価を検討してはどうかとの提案があった。

**２.沖縄県における令和３年度のがん対策予算について**

沖縄県健康長寿課新垣氏から、資料１０に基づき、沖縄県における令和３年度のがん対策予算について、前年度からの相違点について報告があった。

また、天野委員（１９号委員）から、予算措置されたことに関連し他県の事例から、妊孕性に関連する周知徹底について検討いただきたい旨の情報提供があった。

続いて、埴岡委員（１９号委員）から、県の計画と予算との紐づけが不明瞭であることから、表記方法について工夫いただきたい旨の発言があった。併せて、好事例として、島根県のがん対策予算の見せ方について紹介があった。

**３.患者会よりの報告**

**上原委員報告**

上原委員（１８号委員）から資料１１―（２）に基づき、沖縄県がん診療連携協議会患者・家族委員として、安里委員（１８号委員）、島袋委員（１８号員）の３名の連名で、議長（琉球大学病院長）へ予算・政策に関し、１．情報提供、２．相談体制の構築、３．離島患者渡航費助成制度、４．患者会活動に関する支援の４点の要望があった。

このことについて、大屋議長から、今回の１～４の全て要望はがん対策予算をロジックモデルと結びつけていくことで県へ次年度に向けた予算措置を検討いただくためにも、患者会と協力してロジックモデルを構築していきたいとの回答があった。

**４.がん教育について**

沖縄県教育庁保健体育課長奥間氏から、資料１２に基づき、がん教育の進捗状況について報告があった。

（以下については、紙面報告となった）

**５.北部地区医師会病院と琉球大学病院との定期的なカンファレンスについて**
**６.拠点病院及び診療病院におけるPDCAサイクルの確保（情報提供支援分野）について**
**７.がんゲノム医療について**
**８.沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について**
**９.沖縄県がん患者等支援事業の活動報告**
**１０.沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について**
**１１.厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議**

(1)第75回がん対策推進協議会議事次第
(2)第４回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議
(3)第４回がん全ゲノム解析等連絡調整会議
(4)第１回「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けた検討会議
(5)第２回「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けた検討会議
(6)第１８回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議
(7)第３２回がん検視のあり方に関する検討会
(8)第１回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会
(9)第２回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

**１２.沖縄県院内がん登録集計報告書について**
**１３.その他**（特になし）

**<u>部会報告事項</u>**

**１.医療部会**
**２.緩和ケア・在宅医療部会**
**３.小児・AYA部会**
**４.離島・へき地部会**
**５.情報提供・相談支援部会**
**６.ベンチマーク部会**

以上

資料３

# 令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和３年５月７日（金）１４：００～１４：３５

場　　所　　ＷＥＢ開催

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

皆さん、こんにちは。琉球大学病院長の大屋です。

時間が遅くなってしまいましたが、令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会をこれから開催したいと思います。

皆さんご承知のとおり、コロナウイルスの感染状況がまだ十分コントロールできておりませんので、次こそは対面でと言いつつ、また今回もＷＥＢになっております。次こそは皆さんと直接お会いしながらいろいろ議論したいなと考えつつ今日もこの形で進めたいと思います。

それでは、まずは資料の確認ということで、増田委員より説明をお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

琉球大学病院がんセンターの増田です。資料の説明をさせていただきます。

既に１週間ほど前に皆様にお配りした資料を基本といたします。また今日、皆様にメールの添付文書という形で送らせていただいている資料があります。それが協議事項の１番の資料８になっておりますが、それに関しましては先ほどメールの添付文書で送らせていただきましたが、今皆様の使っていらっしゃるZoomのチャットの添付で送らせていただいておりますので、どちらかをお使いいただければと思います。また後で解説はしたいと思いますが、基本的には先週、皆様にお送りしたまとまった資料を使っていただければと思います。

では、これから画面の共有をします。これに基づきましてさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

それでは、議事のほうに進めていきたいと思いますが、部会委員の一覧は、何か言わなくてよかったですか。

今回より一部委員の変更がございますので、現在すぐにしゃべれる状況かどうかはござ

いますが、一言ずつご挨拶をいただきたいと思います。赤字の委員の方です。

まずは琉球大学看護部で看護部長、副院長の眞栄城さん。大丈夫ですか。いない。

では、順送りで19番、県立中部病院副院長の前田さん、いかがでしょうか。

○前田純子委員（沖縄県立中部病院　副院長）

こんにちは。中部病院副院長の前田と申します。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いします。ありがとうございます。

地域がん診療連携拠点病院より２名ということで入っていただいております。

次は24番になります。県立宮古病院副院長の見里さんですが、いかがでしょうか。

○見里悟美委員（県立宮古病院　副院長）

宮古病院で看護職をしている見里と申します。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。よろしくお願いします。

地域がん診療病院から２名ということで入っていただいております。

それでは次です。25番になります。県立八重山病院消化器内科部長の菊池先生です。よろしくお願いします。

○菊池馨委員（沖縄県立八重山病院　消化器内科部長）

県立八重山病院の消化器内科の菊池と申します。尾崎外科部長の退職に伴いまして後任になりました。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

今回、変更をいただいた方はこの４名となりますが、眞栄城さんは間に合わないですね。わかりました。

画面の向こうにいないということなので、次に進みたいと思います。

それでは、有識者報告ということで、最初に埴岡委員から報告をいただきたいと思います。埴岡先生、どうぞよろしくお願いいたします。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

「がん対策の進捗確認のためのロジックモデルに対応した指標集」ということでご紹介いたします。

この後、沖縄県の相談支援分野について詳細な検討がございますけれども、これは全国のものが関連で見られるものを紹介して、その沖縄県の部分を少し表示するものです。全国を概観するには、またご紹介するものも関心を持って見ていただければと思います。ただ、各地域では足りずに、後ほどされるように詳細な分析が必要だということで使い分けていただければと思います。

今日ご紹介するデータは、ＮＰＯがん政策サミットが「計画評価用データ集」として一般公表しているものでございますので、ご関心があれば詳細をご覧になってください。

趣旨に関しましては、地域の方々が都道府県の計画を中間評価する際に、地域が良くなるというアウトカム形式で、その施策がそれに効いているのかというインパクト評価をされると思うんですけれども、そのための一助となるデータは大変手間がかかりますので、在り物がぱっと見られるようにしていただくために作ったものです。

出典に関しましては従来からある「がん部位別のデータ集」やその他のものから取り寄せて、これまでデータセットはあったのですが、それでも見るのに手間がかかりましたので、それをもっとさらに簡便に作るものです。ただデータ一つ一つ出典がありまして、データの見方がございますので出典情報を見ながらご活用いただければと思います。

それから、これまで皆様方の多大なご協力・ご参加をいただきましたＮＰＯ法人がん政策サミットの活動は予定の事業を終了しまして今年３月に活動を終了しております。この場をお借りしてご支援・ご協力をいただいた皆様にも改めて感謝を申し上げます。今日いらっしゃる方の中にもご参加いただいた方がいると思いますので改めてありがとうございました。

さて、今日ご紹介するものは、都道府県のがん対策の計画に沿って、それから漫然とあちこちをチェックするのではなく、ロジックモデル、施策の体系図に沿ってデータを見て

いくものになります。そのために指標をパッケージとして取り集めてあるものです。

県によって分野の分け方はいろいろありますけれども、まだ全部を網羅してきているものではありませんけれども､前回のうちの部分を10の分野に分けて表示しているものです。

47都道府県別、どちらのデータも見られるということ。それから、原則県単位のデータですけれども、早期発見、医療提供体制、在宅医療分野に関しては２次医療圏単位のデータも見られます｡それから､がんの部位別に表示ができるものも一部あるということです。診療行為に関しては､NDB-SCRを、４療法ですが在宅医療分野では個別に呼び出して、聞き出して、関心があるものも見られるようになっています。

関心によって見たいところは別だと思うんですけれども、今日は10の分野別に、沖縄県に関して１シートずつ提示をしているところです。それから、その出てきた数字の上に、パフォーマンスが悪い可能性があるところを黄色くマーキングしております。実際にパフォーマンスの問題があるかどうか、これだけではわかりませんけれども、さまざまな取り組みをしていただくときの効率化、あるいは着目点を見いだすための一助になるのではないかと思っております。

今日この後、連携協議会で１つの分野の詳細検討がありますけれども、趣旨としては同じであると考えておりますけれども、冒頭申しましたように詳細データは地域で見ると、ヨコ比較を見るときに全都道府県の中での位置付けとか、ほかの事例県と比べてみたいときにはこちらの情報も役に立つのではないかと思ってご紹介いたします。

以下、資料になりますけれども、イメージをしていただきますと、例えばがんの一次予防に関しては３枚シートになりますが、１、２、３ページが全体のロジックモデルになっていて、戻りましたが、右端が最初アウトカムということで、例えば「がんの死亡を減らす」ということが出ています。

この左上から県が選びますので、北海道から沖縄、好きな県を選んでいただいて、がん種別を指示していただくと、ここに全国と沖縄県の数値が出るということで、今、大腸がんを指定していますので大腸がんの死亡率。黄色くマークしているのが、どちらかと言えば数値が小さいほうがいいと思われるので、高くなっているので要注意、要確認ということで黄色くマークしているということです。

ということで、沖縄県の大腸がんの死亡率は、全国値よりかなり高いことが見ていただけるということです。

２番目、ここからは早期発見の分野になりますが、まず１、２、３枚で全体像になって

いて、右側に最終アウトカム、真ん中に中間アウトカムとなっています。こちらは県、それから医療圏、がん種別になっていると思うので、仮に南部医療圏で大腸がんを選んでいますが、ここは切り替えが可能です。概観してみますと、大腸がんの早期がんの割合が低いということで、要注意ということでマーキングしています。

そして中間アウトカムを見ますと、マーキングしてあるところとして検診受診率が低かったり精密検査受診率が低い。これに関しては、沖縄県単位でも南部医療圏単位でも低いことがわかります。またコール・リコールの実施率なども低いことがわかります。

同様に医療提供体制に関しましても、こちらのボタンで地域を選んでいただきますと、医療提供に関連する、比較的集められやすいものを集めているという形です。医療提供体制ですと、やはりマーキングされているところが多く見受けられますので、そういうところの確認をしていただくことができると思います。

あとはペースを上げて説明させていただきます。

４療法の部分も同様に、右側に最終アウトカム、そして中間アウトカムでは標準治療の実施率など、その他NDB-SCRに関しては、ここからはたくさんの項目が選べるようになっていますので、関心があるものを見ていただくことができるようになっています。

次にチーム医療の推進、そしてがんのゲノム医療。こうした形で数値がまだほとんどないものも一部あるんですけれども、概観をしていただけます。

緩和ケアに関しては、前回この会で検討されたと思うんですけれども、沖縄の再確認、あるいは他県との比較ができるということです。

今日ちょうど話題になります相談支援・情報提供に関しては、１枚、２枚のシートにまとめられております。沖縄県のデータのみならず、他県との比較・位置付けの確認のためにご活用いただければと思います。

あとは在宅医療やサバイバーシップの情報もございます。

以上、ご紹介を終わりますけれども、ご自分の地域の確認のために使っていただければということでご紹介しました。いずれにしましても、今後とも毎年並びに６か年の中間評価の時期にロジックモデルを使ってプログラム評価という全体の整合性、個別の施策が実施されているか。それから、アウトカムが向上していって、それが施策の好影響として認められるかを確認していくと思うんですけれども、その一環として資料をご説明させていただきました。

以上です。

○大屋祐輔議長

埴岡先生、どうもありがとうございました。

さまざまな指標を用いて、しっかりと計画が遂行されているかどうか。また、それがもしできていなければ次にどういう対策を練っていくかということで、常に一歩一歩前向きにがん対策を進めていく意味では、本日ご紹介があったようなロジックモデルを中心とした考え方が必要だということで、沖縄県では最初のころからこのようなモデルを取り入れて政策に生かしてきています。

委員の中には内容的にはぱっとわからない方もおられるかもしれませんが、全国的にも沖縄はこのようなモデルをしっかり導入している地域になりますので、ここにご参加いただいている委員の皆様にもこの内容を理解していただきつつ、行政と我々と医療者と、そして患者代表の皆様、ほかのさまざまな地域の皆様とディスカッションができればいいなと思っております。

そういうことで前回、その前ぐらいから、このロジックモデルに対応したような内容を審議事項のほうで出していただくようにしております。今日は埴岡先生にその全体の考え方を教えていただきましたが、委員の皆さんからご質問等はございますか。よろしいですか。コメントそのほか、大丈夫ですか。

特別ないようでしたら、天野委員は来られているようですので、このロジックモデルの件はこの後、まだ審議事項でもありますので、その際にまた埴岡先生からコメント等をいただくことになるかもしれません。よろしくお願いします。

それでは有識者報告２ということで、天野委員よりご報告をお願いいたします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

画面共有いたします。これは事前に配付されている資料になります。私からは２点報告がございます。

まず１点目、「全ゲノム解析について」ということでございます。後ほどの報告事項にも入っているかと思いますが、私は全ゲノム解析に関わる検討会の委員も拝命していることもありますので簡単にご報告をさせていただきます。

資料は106ページからとなっておりまして、こちらの資料は内閣府のゲノム医療協議会に

出されている資料になります。

107ページ、全ゲノム解析等のさらなる推進に向けてということで、これは以前から検討されてきた内容になりますが、今年度から本格解析に入る前の先行解析という形になりますけれども、全ゲノム解析がいよいよ始まりました。

事業目的を明確化するということで、１つ大きく変わった点が、全ゲノム解析の成果を患者へ還元するということがございます。これはもちろん、全ゲノム解析によって明らかになってきた情報を基に新薬の創出等が進められる面においては、患者還元は既に当然のことでございます。ただ、一方で創薬という話になってくると、今現在、目の前にいる患者というよりは、未来の患者さんに還元していくという視点がございます。

一方で今回、全ゲノム解析については、可能であれば目の前にいる今の患者さんに何らかの形で成果を還元していくことが大きな目標として定められました。ご承知のとおり、全ゲノム解析はさまざまな限界がある医療技術でございますので、全ゲノム解析の結果が直ちに目の前の患者さんに全て当てはまるわけではないということは強調しなければいけないのですが、まずはできる範囲で、目の前にいる患者さんに対して何らかの形で還元していく。例えば個別化医療等を実現し、日常診療の導入を目指すことも含めて推進していくことが定められました。

また、事業実施体制についても後で説明しますが、ある程度、今年度の予算等でそれが手当される予定になっておりまして、新しく全ゲノム解析を行うような組織が、日本国内でもつくられていくことになっています。

108ページ、計画の概要として、医療機関で臨床解析を行う場合と、解析データセンターで解析を行う場合に分かれていますが、共に研究成果への還元という部分と、今いる目の前の患者さんに対して成果を還元していくということ、それぞれがあるということです。

ただ、患者還元に関して言っても、目の前の患者さんにどこまでの情報を返せるのかということは慎重な議論が必要なところでございます。これは倫理的な部分も含めて、まだ検討しなければいけない項目が山積みの状態ですので、今すぐ目の前の患者さんに何かが還元されるわけではないと思うのですが、方向性としては何らかの形で目の前の患者さんに対して成果を還元していく方向が定められていることになります。

全ゲノム解析の対象患者としましては、がん分野と難病分野についてそれぞれあるわけでございますが、がん分野については、根治の可能性が低い難治がん、小児がんを含む希少がん、日本人に特徴的に多いがん、例えばＡＴＬ、ＡＹＡ世代のがん等は、症例が集め

づらい状況があることを含めて重点的に症例解析の対象になっていくことは定められています。

また、実施組織については111ページになりますけれども、ここに出ている図は海外の事例なので、このまま日本国内で当てはまるものではございませんが、こちらの英国の例を基に、日本でも同様の実施組織が設置されていく予定になっていると聞いております。

また、厚労省の検討会についても112ページになりますが、今まで複数の検討会があって、それぞれの検討会がばらばらに審議してきた面がございますので、今後は一本化する形で、厚生科学審議会の科学技術部門の中に専門委員会を立ち上げて、そこで一元的に全ゲノム解析について検討されることになっています。

２点目は、「ゲノム情報に基づく差別に関する法制度のあり方」についてでございます。

こちらの資料は2019年になりますが、私の所属する全国がん患者団体連合会が、国会で議員の方々を対象に院内集会を開催した際に、早稲田大学の横野恵先生に「ゲノム情報に基づく差別に関する法制度のあり方」についてご講演をいただいた際の資料になります。

詳しい内容についてはこちらに資料を見ていただければと思うのですが、113ページから114ページにかけて、海外のパターンとしましては、当局の規制がある場合とない場合がありまして、日本に関しては保険業界の自主ルールというものがあるようなないような状況がありまして、特に日本では明確に法律も含めて社会的不利益に対する法制度は現状ない状況です。

海外も含めた研究で指摘されていることとしては、先ほどの全ゲノム解析も含めて、いわゆるゲノム医療が進歩すれば、遺伝差別に対する懸念や不安が存在したり、特にその中で不安が大きいのは保険分野であるという結果が出ています。日本の保険制度と海外の保険制度がだいぶ違うので日本でもそうだと一概には言えませんが、そういった部分もありまして、ご承知のとおり、例えば海外では一定の規制がある国であったり、米国のGINA法のように法制度があるような規制のパターンがあります。

その米国のGINA法についても制定から10年以上が経過していて、既にポストGINAの議論が進んでいる状況になっていますが、日本では残念ながら法律の成立にはまだ至っていない状態で、超党派の議連でこの議論がずっとなされているんですけれども、先だって超党派の議連で、今国会でこのゲノムの社会的な不利益のみではなく、ゲノム医療全体に関する基本法を国会に提出しようという話になっていますが、具体的な話にはまだ至っていない状況があります。

そういった法制度の制定に向けて我々患者団体としても、これは全ゲノム解析を含めたゲノム医療の進歩と同様に、車の両輪として社会的不利益から患者さんや一般の方を擁護するための法制度の制定を求めていくということがあるかと思います。

なお、日本では先ほど「法律はない」という話を申し上げたのですが、一応、生命保険業界から見解という形では出ていて、これはガイドラインにまでは至っていないのですが、例えば、ここで現在、生命保険の引受や支払実務において、発症前の遺伝学的検査や、罹患しやすいかどうかの収集や利用は行っていないことになっています。

例えば発症前の遺伝学的な検査の結果が陽性というだけでは、保険の引受の判断には使わないことになっていますが、ある遺伝的な疾患にかかっているということが診断されていた場合には、その事実は引受判断に従うということは一応、保険協会の見解としてなされています。

ただ現場での実際の話を申し上げると、例えば、ある患者さんに生殖細胞変異が見られるような疾患であることが検査によってわかったわけですが、その事実を保険会社に伝えたところ、「その検査をしたのはいつなのか」ということをしつこく聞かれて、「時期によっては保険金の支払いはできない」と言われたと。

それに対して主治医が、「それは生命保険協会の見解に反するのではないか」と抗議したところ、支払いが無事に行われたということがありました。実際、支払いは行われているわけですが、現場では保険会社から支払うかどうかに対しての判断に使っているのではないかという話は実際に出てきていますので、やはり法制度の検討が喫緊の課題であると考えております。

私からは以上でございますます。

○大屋祐輔議長

天野先生、どうもありがとうございます。

ご説明いただきました全ゲノム解析がこれから進んでくるということで、この全ゲノムにかかわらず、さまざまなゲノムに関連するがんの個人情報の取り扱いという意味で、科学が進歩していくに並行して、ちゃんと社会が、そして法の整備、特に関係する人たちの考え方が並行して進まないといけないということで、いろいろ問題点も多いところを今日はわかりやすくご説明いただいたかなと思っております。

具体的にいろいろな取り組みがなされていますけれども、先ほどの事例がありましたが、

全ての生命保険会社の社員がこれを100％理解しているわけでなければ､怪しいことも起きてくる可能性は常にあります。

これは医療者でも同様で、関わっている人はわかっていても、そうではない医療者はわかっていなかったりすることもありますので、しっかりとした啓発が重要だなと今日のお話をお聞きしながら思った次第です。

せっかくの機会ですから、委員の中からご質問・ご意見等があったらよろしくお願いします。勝手にしゃべっていただいても結構ですし、その際にお名前を述べていただければと思います。いかがでしょうか。

少し素人っぽい質問になってしまいますが、例えば生命保険会社などであれば、運動していますよ、たばこを吸っていませんよということで保険料が安くなったりするじゃないですか。逆に、私はこの遺伝子を持っていないから安くしてくださいよみたいな、そういう考えの人が世の中から出てくるかもしれないです。それは差別の面から言ったら不適切だと思うんですが､そこは社会の動きとか､ゲノムのいろいろな診療が進んでいる国では、実際にそういうことが行われていたりということについて、もし何かご存じのことがあったら教えていただきたいんですが。

○天野慎介委員

ご質問ありがとうございます。私は専門家ではないのでつまびらかに存じ上げているわけではないのですが、ただ、ご指摘の点については海外でもそのような懸念があることは聞いております。保険料の差異を生じさせるという話は、私は聞いたことはないです。

○大屋祐輔議長

どう考えても不適切っぽく考えるんですが、たばこは吸わないぞとか、ちゃんとたくさん運動しているから安い保険が出てくるので、保険会社は基本的には収益を大事にされるところだと思うので、そんなことを考えそうだなとちょっと思った次第です。

○天野慎介委員

そうですよね。これは難しい議論ですけれども、例えば何らかの遺伝子の疾患にかかりやすい性質だとわかったとしても、全ゲノム解析等も含めてゲノムの質医療が進んでいけば、おそらく健常だとされている方々も多かれ少なかれ何らかの疾患になりやすい性質が

わかってくる時代が来ると思うんですね。そのときに、いちいちそれに対して「これはこうだ、ああだ」という形で保険料の差別化を図るのは現実的ではなくて、例えば何か遺伝的な素因を持っていたら、それは何か病的であるかどうかも含めて、それに対して差異というか個性というか、そういったものなんだと解釈するような考え方もあると思います。

それを全部捉えて保険料の料率に対して反映させるのは、全ての健常な方も含めてゲノム解析が進めばおそらくわかってくることがたくさん出てくると思うので、現実的ではないのかなと個人的には考えます。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

私は何かあってはいけないような､感覚的にしますので､そういう考え方というよりは、今ちょっとお話が出ていましたが、それぞれ人間、皆さん違うわけで、個性なり、この病気にならなければ別の病気になるかもしれないわけです。死なない人は今の時点ではおられないので、何らかの病気にはなるということで、これが生命保険とか、いろいろな格付けみたいなものに使われるのは不適切だなと思います。

そのほかご意見やご質問はいかがでしょうか。

○安里香代子委員（沖縄県がん患者連合会　事務局長）

天野さんにお伺いしますが、患者さんの場合には保険がとても必要な方がいらっしゃるのに、保険に関して無知なところがあったり、今みたいに遺伝子関連のものであったりすると、ご本人がそれであるかどうかわからないけれども、医療費として保険が下りてくれれば幸いだという状況の方がいらっしゃいますよね。

私の知り合いにもいるんですけれども、そういう方たちがどこかで相談しようと思うときに、適当にという言い方は悪いですが、そういうものをお勧めできるところはありますか。

○天野慎介委員

保険の支払いに関してですか。

○安里香代子委員

支払いです。

○天野慎介委員

すみません。私も保険の支払いに関して専門的な窓口は存じ上げないので、相談支援センターは対応できるのかどうか、ちょっと厳しいかなと思うんですけども、保険のプロみたいな方に相談していただくしかないと思うんです。では、どこに相談すればいいかというと、私もちょっとわからないですね。

○安里香代子委員

先ほどのお話で、医療者がちゃんとそれを証明してくださったことがあると、患者としては助かりますけれども、保険会社から来る人だったら、それで沖縄の人は「これでできないんだ」と思ってしまいそうなところがあったりしますが、その辺はもっと具体的にわかるところを探しておいたほうがいいということになるわけでしょうか。

○天野慎介委員

そうですね。先ほどの例で言うと、たまたま遺伝性腫瘍などの疾患に非常に詳しいドクターで、当然、保険金の支払いの可否についてもある程度知識があったので、これはおかしい取り扱いだということで保険会社に抗議してくれたことがあります。

もし遺伝性疾患だと診断されて、何らかの不利益の取り扱いを受けたということになれば、実際に幾つかの遺伝性疾患や遺伝性腫瘍に関わる患者会があるんですよね。そういった患者会がある程度情報を持っているので、患者会にご相談いただくのも１つの考え方かなと思いました。

○安里香代子委員

わかりました。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。安里様からは非常に重要なポイントをご指摘いただいたと思いました。それと、天野様からの患者会も非常に重要な視点ではないかと思いました。

具体的に保険の仕組みについてアドバイスできる人が世の中にそうそういると思えない

ですし、特別いろいろな観点での見方があると思います。もちろん今回このような診療連携協議会等で情報を共有しながら、今後、県民にとっても、迷ったときにはここに相談したらいいよねというような知恵が共有されればいいかなと思いました。ありがとうございます。

そのほか、どなたかご質問、ご意見はございますか。ないようでしたら有識者報告を終えたいと思います。

それでは次に審議事項へ移ります。従来であれば２つ準備していたのですが、内容が非常に豊富であるということで、今後も盛り上がる内容ではありますので、５分間ほど休憩させていただきたいと思います。50分から再開いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

（休　憩）

○大屋祐輔議長

２分ほど過ぎましたけれども、それでは審議事項に入りたいと思います。

審議事項は従来２つ準備しておりましたけれども、時間の関係上、沖縄県における「相談支援と情報提供」分野の進捗状況についてだけを取り上げて、今日は皆さんからのご意見をいただきたいと考えております。

それでは、この内容について増田委員よりご提案、ご報告をお願いいたします。

審議事項

１．沖縄県における「相談支援と情報提供」分野の進捗状況について

○増田昌人委員

では、審議事項１の説明をさせていただきたいと思います。

皆様のほうには、Excelで書いたロジックモデルの表が見えているかと思います。これから相談支援と情報提供の分野につきまして、皆様にご審議やご意見を頂戴したいと思っております。

これまで十数年にわたりましてこの協議会において、分野ごとのがん対策をしてまいりました。特にここ３～４年、相談支援と情報提供分野に関しまして我々がやってきたことは、１つはうまくいっているのかどうかということ、まずはその評価をしていただきたいと思っておりますし、また、それを鑑みて、今現在、考えているこれらの施策が方向性として間違っていないのか。ないしは、施策としてピントがずれていないかどうか、きちん

と最終アウトカムに結びついた中間アウトカム、ないしはその施策で合っているのか。ないしは､今いろいろ変化していますので､これらの施策とは別にもっといい施策があって、そこに差し替えたほうがいいのか等につきまして、皆様からご意見をいただければと思います。

最終的には評価をした上で、これらの私たちの方向性を修正することによって、患者さんやそのご家族がより満足いくような情報提供と相談支援ができればと考えておりますのでよろしくお願いいたします。

全体の説明をいたします。何回もこの会議に出ていらっしゃる方には釈迦に説法なんですが、私たちは最終的に３年後ないしは５年後のあるべき姿を考えて、それを最終アウトカムと呼んでおります。最終的な目標、結果に読み替えてもよろしいかと、それを最終アウトカムと考えております。

また、それをもたらすために、こういうことが実現していれば最終アウトカムになるだろうというものを今回は３つ用意しております。その中間アウトカムを実現するために個別の施策として、今日は５つ、６つ、８つの中間アウトカムに結びつく施策を設定をしておりますので、それぞれ少し解説をしていきたいと思います。

まずは一番根本となる最終アウトカムからなんですが､これが全体図になっております。これが最終アウトカムで、こちらが３つある中間アウトカムになっておりまして、左側にそれぞれ中間アウトカムに結びつくような施策をつくっております。矢印がここに入っておりますので、これらがこの中間アウトカムに結びつく施策。左のピンクの５つが、２番目の中間アウトカムに結びつく施策になっておりまして、最後の３つ目の中間アウトカムに結びつく施策が左の６の施策になっております。

では、最初に根本となります最終アウトカムについてお話をいたします。現在、情報提供と相談支援の分野に関しましては、がん患者とその家族が、がんにより生じた療養生活の心配や悩みなどが軽減されていることを最終的な中間アウトカムとしております。

そのための指標としまして、患者体験調査から指標を設定しております。①自分らしい日常生活を送れている患者の割合が多くなれば、この最終アウトカムが達成できるだろうと。また、②納得いく治療を選択できた患者の割合も２つの指標で、がん患者とその家族ががんにより生じた療養生活の心配や悩みなどが軽減されていることを評価できると考えております。

2018年の患者体験調査ですが、①自分らしい日常生活を送れている患者の割合は全国が

70.1％で、沖縄県が78.3％。②納得いく治療選択ができた患者さんの割合は全国が79.6％で、沖縄県が79.3％となっております。

２次医療圏ごと、ないしは病院ごとのデータは、今回は示しておりません。

患者体験調査は2018年に行われまして、私のほうで質問と用紙を作らせていただきましたが、天野さんをはじめとする全がん連の多大なご協力を得て質問用紙を作りました。

実際には各都道府県に、基本的には各病院に百数十人の患者さんに調査をしました。具体的には全ての県拠点及び各都道府県に２つの地域拠点をランダムに選びまして、都道府県ごとで言うと、３つの拠点病院の患者さんに対して調査を行っております。沖縄ですと拠点病院は３つしかありませんので、沖縄では中部病院、那覇市立病院、琉大病院の３つの患者さんということになります。全体としては２万人弱の患者さんになっておりまして、そのうち４割ぐらいの方から回答をいただいた結果となります。

これにつきまして、ご参加いただいております委員の方々にご意見等を頂戴していきたいと思いますが、まずはこれらのデータにつきまして最終アウトカム及びその指標として２つを提示しておりますが、何かございますでしょうか。

○大屋祐輔議長

確認なんですが、先ほど増田先生が言われた患者体験調査が沖縄県で実施されたのはよくわかるんですが、全国も同じ用紙を使って2018年に行ったということでよろしいですか。

○増田昌人委員

はい、そうなります。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

そうしたら、例えばこの患者体験調査の全国平均が今回は出されているんですが、都道府県によって大きな差がある指標なのか、それとも70％前後に固まっているものなのかというところを少し教えていただきたいです。

なぜお聞きしているかというと、地方のほうがそれなりに満足する方が多いのか、情報がたくさん入ってくるので都会に住んでいるほうが満足しやすいのか。満足というのはその方の生活環境に依存するところもあるので、実際、医療が良かったなと思う部分ととも

に、そういうところは置かれている環境によっても違うかなということで参考のために教えていただければと思います。

○増田昌人委員

まず全体としては､延べ２万2,000人の全国の患者さんにアンケート用紙を郵送して回収しております。全体としまして男女差はほとんどありませんでした。先生がおっしゃったように都会と地方ではそれほど差があるわけではないということです。

あとは、極端な都道府県の差は出ませんでした。ただし、プラスマイナス10％～15％程度の差は、かなりいろいろな質問で見ることはありましたので、とんでもなく値が開くわけではありませんが、それなりに都道府県の違いは見られたようです。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

例えば今後も５年おきにしますよとか、そういうふうな感じで続けていただくと、経時的変化も含めて、自分たちの施策が良かったかなというところはさらにわかると思うんですが、そこの方向性が既に議論されていれば教えていただきたいんですがいかがでしょうか。

○増田昌人委員

実は今回の患者体験調査は６年ぶりになっておりまして、もともとの計画は３年ごとなんですが、１回目は第２回目の中間評価のために、今回は第３次がん計画の中間評価のためにということで、現在は３年ごとになっておりまして、既に私も入っております研究班では次の準備をしている最中であります。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。今やっている施策が効果を出しているかということも、それである程度わかるかなということです。

私が最初に質問させていただきましたが、委員の皆様方からご質問等があればお願いいたします。いかがですか。

○上原弘美委員（サバイバーナースの会「ぴあナース」　代表）

ぴあナースの上原です。ありがとうございます。

増田委員からのお話を聞いて意外なところがありまして、私たち患者の立場から言いますと、アウトカムの「自分らしい日常生活を送れているか」という沖縄の割合が全国に比べるとちょっと高いという数値が出ていますが、これは母数がどれぐらいかにもよるかと思うんです。ただ、このアンケートは、拠点病院で治療をされている患者さんに対して行われたこともあるのかなという部分もありまして、私たちからしますと、意外と数値が高いというところから、医療者の皆様に、患者さんは結構満足して治療を受けられているんだなとられがちかなという懸念が１つあるということと、そこに足りない、３割に満たなくてとても困っていらっしゃる方たちが患者会に相談に来られたりという現状があるかと思うんです。それに関して、また皆様からご意見等も頂戴したいなと思いますが、増田委員からも少しご意見をお聞かせいただければと思います。

○増田昌人委員

質問をありがとうございます。先ほども申し上げましたように、都道府県の違いにつきましてはあまり一定の傾向はなくて、質問ごとに大きく回答が違うことがあって、都会と地方で大きな差があるわけではなかったように思います。

もう１つは、一番良かったのは徳島県で83.5％の方々が日常生活を送れているというところで高いところはありました。

あとのご質問は何でしたか。

○大屋祐輔議長

比較的高い数字が出ているので、医療者がこれで満足して努力しないんじゃないかと。

○増田昌人委員

実は沖縄県の場合は特別に県を通じて拠点病院以外の病院からも数病院参加しておりまして、そちらの解析結果の公表はまだ幾つか手続きが残っているので今はできていない状況なんですが、今年度中には公表できると思います。そうすると拠点病院以外も含めたデータはお示しできるのではないかと思っております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

８割近くの方がそれなりに納得ができたかとか、自分らしい生活ができているという回答はあるんですが、２割の方はそうではないということなので、結構自分らしい日常生活の定義にもよりますが、それが全然できなくて結構お困りの方もまだまだ２割はおられるということなので、ただ、これは０か１でとっていますので、自分らしいとは言えないけど、それに近いぐらい方も○とされている気はしますよね。

これは０、１でとっているんですよね。

○増田昌人委員

いえ、５段階でとっておりまして、通常は、「とってもいい」「ちょっといい」「普通」「ちょっと悪い」「とっても悪い」という形で５段階評価、真ん中に「どちらでもない」を置くと思いますが、この手の質問をしますと、日本人の場合、左側のいいほうに大体85％ぐらいが入るというデータがあります。それだと、85と87の違いがということが、年次推移がわからないものですから、今回の質問用紙に関しましては、「とってもいい」「普通にいい」「ちょっといい」「どちらとも言えない」「悪い」の変則的な５択にしていまして、そのうちの上位２つをプラスの回答としてとっております。それで少し差が見えてくるのではないかと。

実は第１回目の患者体験調査はかなりいいほうに偏ってしまっていて、これだと全然年次推移がわからないぐらい回答数が良かったものですから、今回はそのような形になりました。

それと、全て完全なエビデンスがあるわけではないんですが、これは医療のアンケートではないので、一般的には研究班の中に文化系のアンケートの専門家が入っておりますが、沖縄県の場合は、比較的いいほうに○をつける県民性があると言われておりまして、その点では、病院長がおっしゃった地方が回答が甘くなる傾向の中に沖縄県は入ってくるのではないかと言われております。

以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。

今後は経過を見ていく必要性がある気がしますし、もう１点は、拠点病院、がん診療で整備された病院で診ていただいているのか、それ以外の病院なのかの差も本当はあるんだろうと思いますので、今後、全県的な試みがなされていくと、さらにわかってくるのかなと思いました。

いかがでしょうか。そういうことでいいですよね。

○増田昌人委員

ここが一番メインなので、患者委員や有識者の方々からご意見やご感想はありますでしょうか。

○安里香代子委員

安里です。お願いします。

上原さんの質問と重なる部分もあるんですけれども、離島のフォーラムの中でアンケートをいただいたものの中にとても気になるものが入っているんですけれども、患者さんのがんの部位によっては飛行機に乗ることができなかったり、あるいは経済的に苦しい状況で治療を断念せざるを得ない状況もあって、離島の患者さんは思いのほか厳しい状況を強いられているのがこのアンケートの中ではときどき出てくるんです。

それで今、増田先生からお話があったように、田舎とおっしゃっていましたけれども、離島のほうは、アンケートの内容に十分答えられていないのではないかという懸念があるんですね。そうすると、ここで出てきた数値も随分変わってくるはずなので、今後はそこの部分をもっと具体的に、離島の患者さんたちの今の状況、あるいは生活に対する不安、大変な苦しい思いを見ていただいた上で、その統計数値を出していただくようにお願いしたいと思います。

○大屋祐輔議長

先ほど申し上げたように､がん拠点病院の患者さんからのアンケートになっているので、離島の患者さんたちの情報が十分入っていないということで、今は少しずつデータを収集されていて、まだ病院なり個人情報なりの処理が終わっていないので出せないということなので、出せる部分は今後出てくるかなと思っていますので、ご要望が少しずつ実現できるのではないかなと、そのように進めてもらっているようであります。

○安里香代子委員

ありがとうございます。ぜひともよろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

それともう１つは、この手の指標は悪いものを見せるのではなくて、対策で良くなっていくものを見るためということもあるので、ある意味、今のご意見を全体的に見ると、こんなにいいはずないよねという意図は皆さんの頭の中にあるのかもしれませんけれども、この70が80、90となっていくのが今後の、だから70で十分いいということではないと理解していただいてもいいのかなと思います。

この手のアンケートで50以下、60以下になることはまずないので、78にしても決して満足できる数字ではないという感覚でとっていただいてもいいのかなと思って私は話を聞いていました。

気持ちは同じですので、全ての患者さんからの意見が入っていないだろうし、その地域ごとの差はきっと大きいのかなと思っていますので、今後はそこら辺が明らかになるように取り組みを広げていく必要はありますよね。

増田先生、関連してちょうど皆さんからご意見をいただいているんですが、この手の施策が均てん化というか、地域差なく行われるみたいな目標というのは、ロジックモデルの最終アウトカムのどこかに出てくるのでしょうか。今の時点では全般的になってしまうので入れづらいところではあるんですが、そこをよろしければ教えてください。

○増田昌人委員

今回のものは全国調査の中の一地方での比較になっております。研究班としては、国全体の、要するに厚労省がつくっているがん計画の基本計画に対する評価ということがあったものですから、それをメインにつくっています。そのためになるべく偏りがないようにアンケートをきちんとしていただくということで拠点病院をピックアップしていたということ。実際には全体の６割から７割が拠点病院で治療されていますので、ある程度のことは代表しているのかなと思いますが、ご指摘のとおり拠点病院以外で治療していることは多い。

沖縄県の特徴は、拠点病院以外で治療している患者さんは日本で一番少なくて３割ちょ

っとなので、その意味では沖縄県の場合は代表性として少し不確かなところがあるかと思います。

あと、国全体としてはほかに、なるべく患者の大体の分布をそろえてアンケートをとっていたり、それとは別に、希少がんの患者さんで同じ質問で別個にアンケートをとって分析をしたり、あとはＡＹＡ世代の方に同じアンケートで別個にアンケートをとって別に解析をしていたり、あとはステージ４の患者さんに対して別に解析をしていますが、それぞれ多少差異はありますが、とんでもなく大きな差異はありませんでした。

逆に言うと、沖縄県より、さっきお話を受けたことを正確に評価…。

（院内放送）

すみません、ここで院内放送が始まってしまいましたのでちょっと戻ります。

ということをしていますので、それぞれ報告書のほうには希少がん、若年がん、あとステージ４の患者さんの別個のことも解析して一緒に報告しています。

あとは、今ご質問がありましたが、沖縄県の場合は拠点病院が３割ちょっとしかカバーしていませんので、その意味ではもっと広く同じアンケートをとっていくことが必要かと思いますので、例えば離島の八重山病院、宮古病院のアンケートも必要でしょうし、中南部のほかの市中病院のアンケートも必要だろうと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

埴岡先生、ちょうどコメントをお願いしようと思っていたのでよろしくお願いいたします。

○埴岡健一委員

打ち合わせではないのですが、一言コメントしたいと思います。

上原さんや安里さんがおっしゃったことはとても大事で、この80％というパーセントで見ている段階ではなくて、国での捉え方はそれでいいかもしれないんですけれども、地域で見るときはそれを人、人数、個々の患者さんの顔を思い浮かべて対策をしていくということと、基本的には、サービス指標系は理念的には100％大事なことで、そこにどれだけにじりよっていけるかという視点が大事かなと思いますので、80％でよしではなく、残り20％はどうなのか。

そうすると、沖縄で年間、患者さんが何人生じているのかわかりませんが、仮にわかりやすい数字で１万人とすると、１万人で2,000人が満たされていないということですよね。それが上原さんの窓口でご指導をなさっているということで、それを個々の病院に落としていくと、どこの病院もこの患者調査を沖縄ではほとんどされていて、うちの病院でアンケートに答えた110人のうちの25人が満たされていないとしたら、個人情報があって誰かわかりませんが、その頻度で我が病院で発生していて、自分の患者さん100人のうちの25人がそうなのかなと思ってみて、それが１人、２人、３人と、どうやったら減らせていくかなと、できることをやっていこうと。

かつ、５段階で３つの人が80％だとしたら、残りの特に一番満足度が低かった人が何人いて、その人がどうやったら減らせるのかということを考えていく。そのために医療者に何ができるか、患者に何ができるか。そして、それを３年後の調査のときには、どのように減らしていきたいか。80％の数字じゃなくて、沖縄で見た場合は病院別の枠があるわけですから、そんな感じで捉えて改善に結び付けていくという大屋先生のおっしゃったとおり、そういう形になればいいのかなと考えましたけれども、いかがでしょうか。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

埴岡先生からもお考えをお聞きいたしましたし、安里さん、上原さんのポイントも私が最初、「田舎、地方と都会はどうか」というようなお話をしたところでもそうなんですよね。

多分ですが、全国と沖縄を比較しているということは、各県との比較ですよね。例えば宮古のデータと東京の新宿区のデータを比べてどこまで意味があるのかということです。あくまでも、やはり拠点病院間で比較して、拠点病院間の差を見ることが主要な目的になりますし、本日はデータが出ていないですけれども、今後は出していただけるようにいろいろ準備をされているということで、２次医療圏ごとに今後出てくると、沖縄県内の、先ほど私が申し上げた均てん化の意味での重要なポイントについて、今後は迫っていけると考えているところです。

今日はこういう形でいろいろ率直なご意見をお聞きしつつ、今後の方向性がこういう調査にせよ、ロジックモデルでの分析の意味からも、こういう議論を通じて一体全体、ロジックモデルが何なのかとか、政策に生かすにはどういう意味なのかというところを、今日

ご出席の委員の皆様に少し考えていただけたのかなと思っています。

そのほかご意見、ご要望、特にここでのご意見が今後の調査や分析に生かされていきますので､思いついたことを何でも結構ですのでいろいろご意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

ありがとうございます。

では、次にお願いいたします。

〇増田昌人委員

少し補足なんですが、今、大屋病院長が言われたとおり、まずは沖縄県ということで考えたときには、国との比較も重要なんですが、地域ごとの比較、病院間での比較が大事だと思います。そのためには、県のほうで公開はされておりませんが、専門的な医療機関、おそらく全体としては延べ20ぐらいの病院が選定されることになるのではないかと思います。

全ての病院に対してきちんとアンケートをとって、できましたら経年的に同じアンケートの内容でとっていくと、それがうまくいっているのか、うまくいっていないかの傾向が見えますし、あとは離島と本島の違いや本島間での北南の違いことがより細かにわかっていくのではないかと思います。今後、私たちはきっちりと経時的に見ていかないといけませんし、多くの病院の方々に協力していただいてアンケート、体験調査を続けていかないといけないかなと思います。その前提でもう１回見ていただければと思います。

あと、沖縄県全体では早期の患者さんも含めますと大体１万人弱の新規患者さんがいますので、自分らしい日常生活を送れている患者の割合は、約2,000人の方は極めて問題があると。納得いく治療を選択できた患者の割合も79％ですので、2,000人以上の患者さんは満足していない、納得していないことになりますので、その点は注意しなくてはいけないのかなと思います。

同様に、次に中間アウトカムに関しましては３つ置いております。「患者やその家族が、医療者から十分に情報を得られている」という中間アウトカムに対しましては、それを評価する指標としましては大きく３つありまして、患者体験調査、NDB-SCRを用いた指標、協議会の独自調査ということになります。

患者体験調査はお話ししたやり方でやっておりまして、①治療前に医療者から十分な情報を得られた患者の割合、全国が75％、沖縄県は71％。②治療のスケジュールに見通しが

持てた患者さんの割合は75.9%に対して83.3%です。

またNDB-SCRを用いたのは、全国のレセプト情報等に基づきまして、がん患者指導管理料、医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合、これを１とカウントしていくわけですが、全ての県の情報が入っておりまして、全国を100として沖縄県では相対的に評価しています。

相対化する前にはそれぞれ人口比、年齢比の計算式を用いまして、若い人が多い部分と高齢化が進んでいる部分と、あとは人口の多いところと少ないところの差がないように統計的に処理をしたものになっておりまして、沖縄県のがん患者管理指導料は全国よりもだいぶ少ない割合で散見されております。

また、がん相談支援センターは今６か所ありますから、６か所の総計は、2018年度が4,045、すみません、「名」ではなく「件」です。あとは2019年度が5,054、2020年度が、９か月の統計なんですが4,800ですから、全体としたら6,000ぐらいの件数になります。増えてはいます。ただし、院外の患者さんに対して拠点病院でご相談に乗っている数は、ほとんど横ばいの状態になっております。

これに関しまして、皆様からご意見や確認すべきこと等がありましたらお願いします。

○大屋祐輔議長

いかがでしょうか。増田先生のほうから中間アウトカム、つまり、最終アウトカムに至るまでの、これが実現されてくると最終アウトカムもいい方向に向いていくだろうということで出されている中間アウトカムの数字を見せていただきました。

患者体験調査からは多分、全国とほぼ同等の数字ということで、先ほどと同じような７割から８割の間の数字が出てきているということです。十分な情報を得られたか、十分な説明だったかというところかなと思いますし、同様に保険診療、NDB-SCR、ナショナルデータベースですから、保険診療の面からの管理料等で推測される診療実態を標準化して出していただいている数字では、沖縄県は全国に比べて悪いということでよろしいですよね。ただ、診療報酬で申請していなかったら低くなりますものね、やっていても。

○増田昌人委員

そうですね。ただ全国も一緒なので、という前提で。

○大屋祐輔議長

　でも診療報酬はがつがつしていない度合いが高い沖縄ということはないですよね。違いますか。すみません。うちの大学だけががつがつしていないのかもしれませんが。

　いかがでしょうか。

　島さん、どうぞよろしくお願いします。

○島洋子委員（琉球新報社編集局　次長・報道本部長）

　先生の調査のほうで、今のアンケートで私が見落としたのかもしれませんけれども、セカンドオピニオンがあるなし、それから離島等でセカンドオピニオンがなかなか得られない場合の満足度みたいなものはお調べしているんでしょうか。

○大屋祐輔議長

　セカンドオピニオンが得られるかどうかの指標は、ここじゃないところですよね。調査項目として中間アウトカムとしては、治療選択の何とかのところに多分あるんじゃないかなと思うので。

○増田昌人委員

　この領域ではないので今日はお話ししておりません。ただ口頭で申し上げますと、まずはセカンドオピニオンのちゃんとした説明がありましたかということで言うと、全国では35％が説明がありましたということです。

○大屋祐輔議長

　沖縄県のデータは探してくれています。

○増田昌人委員

「がんの治療が始まる前に担当医からセカンドオピニオンについて話がありましたか」。全国は35％で、沖縄県は28％でした。

　「実際にセカンドオピニオンをとりましたか」。全国は19.5％に対して、沖縄県は22％ということでした。

○島洋子委員

では、離島県だからセカンドオピニオンがとりにくいとか、そういうような有意差みたいな差は出ていないということになりますか。

○大屋祐輔議長

このデータは拠点病院でとっているので、八重山や宮古のデータを全国と比較しているわけじゃないというところが今のご質問のポイントなんだろうと思うんですが、ちょっと違うほうになるわけですね。ですから本当の拠点病院にかかっていれば、多分全国とほぼ同等の３割程度になるんですが、今のご指摘のとおり、離島ではもう少し低いのではないかなというところは、先ほどから話題に出ている２次医療圏ごとのデータが、今後取りまとめられてくると見えてくるかなということでよろしいですか。増田先生。

○増田昌人委員

今回のことで言いますと、離島の患者さんがアンケートの中に入っている可能性は正確にはわかりませんが、おそらく１割はいませんので。沖縄県のデータの中にはですね。ですから別個にアンケートをする必要はあるんだと思います。

今回は全国調査の中で、沖縄県の部分で解析できるものは分野ごとに出したという趣旨ですので、沖縄県として主体性をもってやっているわけではありませんので、そこに大きな違いがあり、そこに限界があります。

もしそういうことであれば、少なくとも沖縄県から公表される、沖縄県が選定した専門医療機関、おそらく20ちょっとになると思うんですが、その全ての専門医療機関に対してアンケートをとって､そうしますと当然ながら宮古病院や八重山病院は入ってきますから、そこと各病院間での違いを検討する。ないしは、２次医療圏ごとに北部・中部・南部と宮古・八重山のそれぞれの５つの２次医療圏ごとに比べると、そういうことが見えてくるのではないかと思います。

○島洋子委員

わかりました。ありがとうございます。こういった調査に離島との差異も含めてお聞きしたいなと思っております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

多分、ご参加いただいている委員の皆様の中で、共通の心配事ではないかなと思うんですよね。地域によって離島を含めて十分なアクセスができなくて困られている患者さんたちが多いんじゃないかというところが背景にあると思います。そういうのが明らかになるのもこういうデータなので、今回は第一歩かなと思っております。

今の島さんへの回答ではないんですが、司会の取りまとめの中で申し上げていくと、拠点病院という各都道府県の中でのがんの標準治療を積極的に進めていく病院のレベルを比べているのがこのデータということになり、併せて我々が行っていかないといけないのは、地域ごとにその標準的な治療の提供が大きな差となっていないか。均てん化ができていないんじゃないか。そこについても十分な検討を行っていくことになってくると思います。

これは車の両輪ではあるんですが、ときどき同時には動かせないということにもなってきたりはしますので、そこを頭に入れながら、こういうふうなデータを見るときに今のようなご意見は非常に貴重ですので、また参考にさせていただいて、ある意味、地域差はしっかり、これからの施策の展開のところで出していかないといけないかなと私も感じております。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。これはぜひ沖縄県のほうでもやっていただきたい施策なので、我々が頑張るだけではなく、ぜひ沖縄県のほうにでも、さまざまな具体的な取り組みをやっていただくように市町村なり関係の診療しているところにいろいろ働きかけなり支援なりをいただきたいなと思っているところでございます。

○増田昌人委員

今、院長がおっしゃったように、実は６年前に、沖縄県は第２次沖縄県がん計画の中間評価を琉球大学のほうに委託事業として委託していただきました。その結果として、今回の患者体験調査と同じような形で、県内の離島も含めて６つの拠点病院の患者さんにアンケート調査を行っています。医療者に対してもアンケート調査を行っていますので、国よりは細かく見た経緯がありますので、今回の第３次沖縄県のがん計画の中間評価の際にも、できましたら沖縄県独自に、再三、ご指摘がありましたので、離島と本島との違い、また北部と中南部との違いを明らかにするためにも、やはりもうちょっときめ細かいアンケート調査、体験調査をする必要があるかと思います。

ちなみに、第２回、前回６年前にやった患者体験調査を基に、実は今回の国全体の体験調査をつくっておりまして、前回、沖縄県が主催してやった患者体験調査は全国でも非常に注目されたものなので、今回の国のものは沖縄県の前回のものをベースに行っていることをちょっと情報としてお伝えしたいと思います。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。増田先生から補足でご説明…。

埴岡先生、お願いします。

○埴岡健一委員

今、画面に映っている「患者やその家族が医療者から十分な情報を得られている」という中間アウトカムに関しては、先ほどの最終アウトカムが比較的良かったのに、ここの71.4の悪いところがあるので、情報が得られていないけど、沖縄県民の方は満足していると思っているというところで、やはり先ほどありました地域差で、大阪などは非常に不満足が多く出る地域と言われていますが、沖縄では優しく寛容に「満足」のほうに○をつける人が多いということで安心できない。大屋先生をはじめ、皆さんがおっしゃっているように、経年変化で見ていくのが正しいというのはおっしゃるとおりだと思います。

それから、その下のほうに移りたいんですけれども、そもそも中間アウトカムで目指していた十分な情報を得られていることが大事で、それを目指しているということを忘れてはいけなくて、NDB-SCRがなぜここに出ているのか。ここの指標ですけれども、これはもともと患者会の方々から沖縄のタウンミーティングでもがん告知をされたときにたった独りぼっちだと。

お医者さんから言われて、それで独りぼっちにさせられてしまったという話があって、また全国の患者さんから「告知のときに看護師なり、ほかのスタッフが立ち会っていないのはおかしいよね」と言われて、それを国のほうが受けて、それを政策に落とし込むならこういうやり方があるよねということでやっているわけですね。

だから、この数字を見るのも大事なんですが、我々が地域で見ている場合は、「看護師が立ち会いをしているのか」。ここに今いらっしゃる拠点病院、ほぼ８割のがんを診ている病院長がいるところで、「おたく、うちの病院はがん患者さんに告知するとき、立ち会っている？　必ずやっている？　何パーセントぐらい？　できている？」と問い掛けたら、もう

この数値は要らなくなるわけです。

それを聞くことが大事であって、国ではこういう目標があって、それを満たすために政策にして、取れるデータがNDB-SCRで、一番近いのがこれだというだけなので、おっしゃるとおり、この数値を見ないといけないし、この数値は便利で全国とも比べられるし、沖縄の医療圏も市町村も出る利点はあるけど、今、せっかくこの場で集まっているときにできるのは、「うちの病院、立ち会えている？」「隣の病院、立ち会えている？」、そうすればここで一発で指標が拾えるわけですね。

目指しているのは、そういう問題があって、そういう目標が立てられて、それを追っかけるためにたまたまこの数字がある。ただ、本質は何なのかと。せっかくこの場で集まっているみんなで問い掛け直すこと、それが地域のやり方だと思うんですね。沖縄のやり方だと思うんですね。

解説を申し上げると、これは告知のときに医師以外が立ち会って、患者さんが放置されていないかを示すために設けられたので、それを確認しましょうということが言いたかったのです。長くなってすみません。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

なぜこの指標がというところの解説も含めて埴岡先生からご説明をいただいたところですが、いかがですか。

どうしても100点満点の指標はなかなか取るのが難しくて、取るのが難しいというか、それを取るためだけにまた調査をするのもちょっと違ったりするので、現存する、漏れなく取れるという数字をうまく応用していくことがこの手の計画を立てていくときには非常に重要になります。

ただ、それが現実と乖離していたら役に立たないんですが、こういうふうな検討会、意見交換の場を生かして、これが本当に意味のあるものかを確認していくという作業で、今日はこういう形で意見交換をさせていただいています。

ほかにいかがでしょうか。違和感があるような数字がないのかどうか、こういう項目も今後、検討していただければみたいなことがありましたらお願いいたしたいんですがいかがですか。

はい、お願いします。

○上原弘美委員

上原です。ありがとうございます。

ただいま埴岡委員からのお話があったように、告知のときに同席をするという、それはやっぱり私自身も患者の立場でありますし、これまで３度、告知を受けたときに同席の看護師もいなくて、誰もいなくて、先生との２人だけで話を聞く。

その後にすごく混乱しますし、何をどこに相談していいかがわからない状況がありますので、理想としては、必ずそこに看護師が同席する。先ほど院長もおっしゃっていたように、100％はなかなか難しいと。私も医療の現場にいますのでそれもわかります。ただ、そこからこぼれていく人たちがたくさんいる。先ほどの納得いく治療を受けられている８割以外に、２割の人たちがこぼれ落ちていく現状があって、そこを患者会の人たちがサポートしていく。

でも、ただ、患者会ではできない部分がたくさんありまして、医療の中でもこぼれ落ちていく人たちをどうにかしていかないといけないということがあるかと思うので、これは理想かもしれないんですけれども、例えば告知を受けた後に必ずがん相談支援センターを経由して帰る。そこでお金のことだったり、お仕事のことや困っていることを少し話を聞いて帰る。こぼれ落ちていかないように、告知のとき、治療が始まる前に何かしらのサポートが受けられるような体制がすごく大事じゃないかなと思っています。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。本当にそのとおりだと思いますし、多分、同席できない、とても忙しいという、言葉が職員の数が足らないとか、何かいろいろなことが言い訳として出てくるのも、私も病院長として十分理解して、何かあるたびにやっぱりみたいな感じですよね。こういうふうに決められているんだけれど、できていないということはたくさんあります。そこを少しでも発信していきながら、社会として、そして行政、施策としても応援していただくという形かなと思っています。

いかがでしょうか。ほかにご意見、要望も含めて、今後、がん対策を進めていく上で重要なポイントになると思いますのでぜひお願いしたいんですが、よろしいですか。

これは生活支援も含めていくと多分に病院の枠を超えているんですね。確かに相談支援センターは病院の中にあるんですが、病院で全てをコントロールできるわけではなくて、

行政の中からの深い関与が多分必要になってくると思いますし、仕事に復帰する方についても職場に働き掛けるのは誰なんだみたいなことも含めて、これは社会全体で支えていく仕組みというか、これはがんだけに限らず、さまざまな疾患で同じような悩みを持っておられる患者さんたちは多い気がしますので、ぜひ社会全体での取り組みを、かといって沖縄県にばっかりお願いして、次は沖縄県からのお話が待ってはいるんですが、その前にたくさん要望だけを言い連ねておりますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしたら個別のほうに移ります。増田先生、お願いします。

○増田昌人委員

今、お話しした中間アウトカムに対応して、事務局のほうでいろんな方からご意見を頂戴いたしましたので、個別施策という形で８つ挙げておりますので、そこもちょっとご検討いただければと思っております。

一番左が個別施策になっております。１つ目が、専門医療機関では規則や制度ではなく、実際にがん告知の際に必ず看護師が立ち会う。２つ目が、ちなみにこの黒は県の計画の中に入っていた項目、青は私たちの協議会で、県の計画に先立ちまして協議会案を県に出したんですが、その際に含まれた項目になっております。拠点病院等では、外来初診時に主治医等からがん患者及びその家族に対して相談支援センターについて説明を行い、積極的に紹介する。

３つ目が、拠点病院等では、外来初診時等に主治医から紹介がなかったときに、医師以外の医療者から必ずがん患者及びその家族に対し相談支援センターについて説明を行い、積極的に紹介する。４つ目が、拠点病院以外の専門医療機関は、主治医を含む医療者から必ず拠点病院のがん相談支援センターに関する情報提供を行う。

５つ目が、外来化学療法室を利用する際には、必ずがん相談支援センターを利用する。６つ目が、拠点病院等では、がん相談支援センターにおいて、①臨床試験、②ゲノム医療、③希少がん、④小児・ＡＹＡ世代のがん、⑤生殖医療に関する情報提供・相談支援を行う。７つ目が、沖縄県は、沖縄がんサポートハンドブックを毎年改訂発行し、配布する。８つ目が、拠点病院等は、アクセシビリティが考慮された①情報ナビゲーション機能を持ったがん患者のウェブサイト開設、②音声資料の提供、③点字資料の提供を行う。

一応、この分野に関しては８つの施策をこちらのほうで計画をつくっているんですが、実際に現在の進捗状況ないしは実行状況なんですが、１番の実際に告知の際に必ず看護師

が立ち会う。100％立ち会うことはなかなか実現ができていなくて、おそらく全ての病院では難しいのではないかと思うんですが、今日は全ての病院長がご参加なので、それぞれ皆さんから少し現状を伺えればと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。増田先生から８つの個別施策なんですが、施策とはいうものの、今後、沖縄県が取り入れるかどうか、また沖縄県でも検討があるということになるんですね。これがいいのではないかという提案をするということなので。

○増田昌人委員

それと、あと拠点病院等に関しましては指定要件がありますので、それで既に義務化されているものもありますので。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。順番というのもおかしいですが、私から申し上げておくと、専門医療機関で「実際に」という言葉があれば、「規則や制度ではなく」はなくてもいいような気がするんですが、がんの告知の際に必ず看護師が立ち会うということは、多分、ほとんどの病院で原則としてはそうなっているんだろうなと。

立ち会えないときは、その後、看護師が患者さんのところに行って、患者さんの理解度や不安の内容を聞き取るようにすることが決められているというか、対応ということになっているんでしょうけれども、そこで必ずしもできていないということはあるかもしれません。

ご指摘があったように、実際にその数字として、それをある程度、出していくことができれば、何をどう改善していっていいかもわかってくるのかなと思っています。がんの告知に限らず、治療法の選択だったり、診療上の重要な判断を行うときには必須だと言われているんですが、特に特定機能病院であったり病院機能評価を受けている病院はしつこく言われています。

そこについて、多忙じゃないですけど、「時間がなかった」という回答が看護部からは一番出てくる気はしますけれども、しっかり努力はしていただいているということは、私は十分感じていますし、少しでもフォローしようと現場では頑張ってくれている姿は見てい

ます。

いかがでしょうか。中部病院の玉城先生はおられますか。お願いします。

○玉城和光委員（沖縄県立中部病院　病院長）

中部病院の玉城です。おそらく告知の際に立ち会いの率を上げるというと、僕の印象ですが、「いついつ告知しますので看護師さん、誰か立ち会うように」と前もって準備するかどうかがかなり大きいかなと思うんです。「このときに告知しますので誰か看護師さんを立ち会わせてください」とドクター側から言わないと、いきなりというのはかなり厳しいかなと。

「看護師さん、立ち会うように」と前もって言ったら、向こうも都合をつけて調整してくるので、ほぼ告知に立ち会えることになっているかなと思いますね。いきなり言うと忙しくて、その場合は時間がつくれないのがほとんどなのかな。だから前もって調整しておくことが一番大事ではないでしょうか。おそらくそれをやれば、もうかなりの率で告知に立ち会えるのではないかと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。特に外来の場所や、外来に従事している看護師さんの数が限られたり、主治医もそのときに思いついて「次は１か月後、２か月後だしな」みたいに、「今日のうちにやっちゃえ」みたいな感じで、医師側の問題点が多いかもしれません。場所の問題や医師の問題が多いかなと。

○玉城和光委員

医師側の問題が大きいかなと思います。やはり前もって言わないと看護師もいきなりは厳しいかなと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。そうですね。貴重なご意見をありがとうございます。

那覇市立病院、お願いいたします。外間先生はおられますか。

○増田昌人委員

先生は今日欠席です。

○大屋祐輔議長

欠席ですか。

では、院長先生だけに聞くとして、本永先生は先ほど退室されると出ていましたけれども、篠﨑先生は今日はおられますか。お願いいたします。いかがでしょうか。

○菊池馨委員

お答えしますと、うちでは最近は、事前に連携センターのがん担当の看護師さんに説明するので同席してくださいとお願いできるような環境が整って、そういう文化が根付いてきたといいますか、主治医、担当医側から看護師さんに事前にお願いする率がかなり高まっている。具体的な数字は今はわからないんですけれども、看護サイドの意見としては、そういう要望が以前に比べて非常に増えているというお話がありますので、担当医、主治医の意識がかなり高まってきているのではないかと思います。

やはりどうしても高齢者の方や独居の方が多いので、主治医としてもその場で話して、なかなかうまく理解していただけないと思うんですね。そういうことの経験がしばしばありますので、やはり看護師さん方に一緒に入っていただいて、そのほうが治療の理解が早く進むことを身をもってわかってきているのではないかと私自身は考えます。私自身もそうですので、そう思います。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。今、菊池先生からご発言をいただいたとおり、私から追加でご質問させていただくと、連携室や支援室みたいなところの関わりがあると、その調整ももっとやりやすくなるというような、今後、他の病院の参考になるような改善の方策がもしあったら、先ほどちらりと何とか室という言葉が出たので、いかがでしょうか。教えていただければと思います。

○菊池馨委員

うちは連携室もがんの相談支援センターも１つのフロアにありますので、そこに声をかけておく。私たちとしても外来の看護師さんたちが忙しいのはわかりますので、外来の看

護師さんにお願いしてもなかなか難しいことはみんなわかりますので、外来のナースにその場でお願いするのではなく、事前に連携室のほうに一声かけておくと、連携室なり相談支援センターなり、そこら辺からどなたかが来ていただけることになっています。やはり外来の看護師さんにお願いするのは難しいのではないかと思います。

○篠崎裕子委員（沖縄県立八重山病院　病院長）

地域連携室の中にがん相談支援センターがありまして、そこのがん相談員、もしくは緩和ケア認定看護師、がん化学療法認定看護師などがその場に立ち会ってできるだけ同席するように努めております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。他の病院にも多分参考になると思うんですけれども、従来の医療の流れの中だけであれば、なかなか時間をつくったりするのが難しいところを、横軸や斜め軸のいろいろな経路を利用することが重要ですし、説明を中心に置いてくると、相談センターに同席してくれるナースを配置するのも１つの方法なんだろうなと思いました。

次は北部医師会病院の諸喜田先生、お願いいたします。

○諸喜田林委員（北部地区医師会病院　病院長）

諸喜田です。うちでも同じような状況だと思うんですけれども、やはり問題になるのは、どちらかというと主治医の都合で夜遅くにしか告知ができない状況のときには告知に対応してもらうのが難しい場合もあります。

○大屋祐輔議長

例えば北部医師会病院で同席等を良くするために何か提案なり、取り組んだり、こうやったらいいだろうなということが、これまでのご経験上あれば、何か教えていただければと思うんですが、何かございますでしょうか。

○諸喜田林委員

うちでは一応、乳腺外来など、主にがんを扱っている領域の外来等では、看護師さんが来て一緒にマンツーマンで対応できるような体制にしておりますし、ほかの病院と同じよ

うに、緩和ケアナースは２人ほどおりますので、外来と分けて、ある程度担当をしてもらって対応しています。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。いろいろ各病院なりで工夫して取り組んでいただいていることになりますが、宮古病院の先生がもしおられたらご発言いただきたいんですが、いかがですか。よろしくお願いします。

○松村敏信委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院の松村ですが、宮古病院では数年前から相談支援センターの中に動きのできる看護師を置きまして、外来ですぐ対応、呼べば来てくれる体制をとっております。最近では新患の患者さんが来た場合でも外来で告知する場面に一緒に立ち会ってもらっています。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。やはり動いてくれる看護師さんをある程度配置することが１つの解決法なんだろうなと思いましたが、琉大の特別な取り組みは。

○増田昌人委員

特別な取り組みは今のところはないような気がします。玉城先生がおっしゃったように、医者側の意識改革なのかなと。例えば「来週の月曜日の13時から告知が１人いるからよろしくね」と言っておけば、外来が忙しくても看護師さんがなんとかついてくれるんですね。ということは、多分、主治医が急に気が向いてという場合だと、琉球大学病院でもいまだに難しい面はありますので、少なくとも前日には看護師さんに話をしておく必要があって、やはり主治医の意識改革が必要なのかなと。

○大屋祐輔議長

「外来のここでいつやる」と言えば、看護部のほうで１人よそから増員して連れてきて、外来の通常業務はこれでやって、付き添いはこの人というふうに手配をしてくれるような、医師のほうがそういうことをやるんだということでしょうね。

琉大の場合は、外来患者と医者が多くて、また入れ替えも多くて、なかなかそこの周知

ができていないのが反省点ではありますよね。

○増田昌人委員

そこの意識を各主治医がきちんと持って、絶対同席してもらうためにという意識が一番必要なような気はしますね。外来の看護師さんと話し合ってもそういう感じかなと。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。その後、がん相談支援センターに行ってくださいと、増田先生のところに行ってもらうということなんですが。

いかがでしょうか。

それでは、次に行きますか。先生、お願いします。

○増田昌人委員

では、次の中間アウトカムは、「がん患者やその家族が質の高い相談支援が受けられている体制ができている」になっておりまして、患者体験調査で４つの指標をつくっております。

協議会の独自調査としましては、昨年度、拠点病院３病院間で相談支援部会のメンバーがお互い相互訪問してピアレビューをしていますから、そのときの点数をここに入れております。

ここの赤丸は県のがん計画の指標にもなっている項目になります。ここもこのような値ですね。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。まずはがん相談支援センターの存在自身をしっかり患者さんに知っていただくことが中心ではないかなと思って、存在を知ってもらうためにどういうふうな形で患者さんにそれを知らせるのかということがそれで出てくる。もちろんがん相談支援センターのクオリティーを上げることは、従来からもしっかり拠点病院では実施していただいているかなと思っています。

これもそれぞれの医師がそのことを患者さんに伝えるのかというところ。そして、もし同席していただいている看護師さんからも患者さんのほうにそういうような情報を与えて

いただくことを進めていければと思っていますが、ここについてご意見はいかがですか。

○天野慎介委員

天野です。

今、病院長から個々の医師、もしくは同席する看護師さんから相談支援センターについてご案内していただくのがよろしいのではないかというご案内があって、沖縄県内の医療従事者の方が確実にそうしていただけるのであれば何ら問題はないんですけれども、沖縄県の事情をつまびらかに存じ上げませんが、内地ですとなかなか医師が知らせてくれなくて、相談支援センターについて知らないままという患者さんが相当数いらっしゃると感じております。

なので、以前から私は申し上げているんですけれども、何らかの仕組みをつくっていただきたいと思っておりまして、個々の医療者のご判断や行動に依拠するのも１つのやり方だと思うんですけれども、多分、そうすると知らされなかった患者さんが結構出てくるのではないかなと感じます。

以前も申し上げたんですが、例えば国立がん研究センター中央病院であれば、がんと診断された患者さんは、臨床試験か何かについては、説明を受けるために必ず相談支援センターに行くという動線になっているんですよね。静岡県がんセンターも、主治医の診察を受ける前に、看護師が必ずスクリーニングを行って、その場で説明をする。もしくはビデオを見せている。相談支援センターについては15分程度のビデオがつくられていて、そのビデオを必ず見て、その後に主治医の診察を受けるというルールがあります。

こういうお話をすると、「それはがんセンターだからできるんです。総合病院は無理です。大学病院は無理です」と必ず言われるんですけれども、「無理、無理」と言っていてもしょうがないので、ビデオを見せるぐらいはできるのではないかとかねてから主張しているんですが、そういうやり方も今後はご検討いただければと感じております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。入院前には必ず入退院支援センター的なところに行って必ず説明。それも看護師、薬剤師を含めた多職種での説明を受ける形ができてきていますので、多分、がんの診断を受ける、これから受ける、また受けた方がほぼ自動的に支援センターに行って、あれとこれは必ず聞くというような仕組みづくりが必要だと、天野先生

からもご提案いただいたところになります。

いかがですか。今のは非常に実際的であり、理想的であると。実現するかどうかは多分、面積と人と患者さんがどれだけそこにとどまってくれるかの関係はあると思うんですが、ただ、やはり不安に思っている患者さんたちのことを考えると、それだけ手厚い仕組みが必要なのではないかなと思いますがいかがでしょうか。どのような形で患者さんたちにがん相談支援センターを知ってもらうか。行きさえすれば、第一歩を踏み出せるのかなと思いますので、行かなければその一歩がちょっと遠くなってしまうので重要なポイントだと。

方向性とやり方は幾つかあるかもしれませんけれども、ご提案いただいたような、全員が必ずそこに行きましょうと、方向性としてはやっていくべきかなと思っております。いかがですか。

○増田昌人委員

それが義務といいますか、制度化というか、組織化というか、決まりというか、そういうことになるように、こちらで次までに考えたいと思います。

○大屋祐輔議長

そうですね。ありがとうございます。

次の項目はいかがですか。

○増田昌人委員

次がピアサポートのところなんですが、３つ目の中間アウトカムは「患者やその家族がピアサポートを受けることができている」にしております。そのための指標としましては患者体験調査と協議会の独自調査で、患者体験調査ではピアサポートが何かを知っている患者の割合がかなり低い。ピアサポートが役に立った患者の割合。あとはピアサポートの件数は、これも各病院ではなくて、沖縄県地域統括相談支援センターにおける件数となっております。このような状況です。

個別施策は、１つ目が、沖縄県地域統括支援センターが中心になり、ピアサポーターの養成を行う。２つ目が、ピアサポーターは研修会に参加して質の向上に努力する。３つ目が、専門医療機関にてピアサポートを恒常的に行う。４つ目が、専門医療機関において、患者サロンを定期的に開催する。５つ目が、これは県のほうにも入っているんですが、拠

点病院等は医療関係者と患者会が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援を行う。６つ目が、拠点病院等は相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連絡、協力体制の構築に積極的に取り組む。黒丸は県の計画にも入っている項目、青が協議会にも入っている項目です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。ピアサポートの重要性をどれだけ広げていくかということだろうと思います。これもある程度、歴史がある地域だったり、病院だったりするとこういうのが充実して、横展開なり広がりがあるのかなと思います。調査は地域差も多分、多いですよね。患者さんの輪といっても離島だとなかなかつくりづらかったりすると思うんですが。

そこのご意見を皆様のほうから、重要性はわかるんだけど、さっき言ったしっかり相談に乗れるピアサポートグループがあるのかということや、その情報をどうやって手に入れるのかも含めて、もちろんがん相談支援センターでその情報を差し上げることはできると思うんですが、いかがでしょうか。ご意見をいただけたらと思います。

施策が幾つかありましたが、「行う」とか「努力する」になっているので、政策的なものではないような気がするんですが。

○増田昌人委員

ピアサポーターは基本的にボランティアなのでお願いをして、研修会、養成講座に参加していただく。あと、養成講座修了者の方々は年１回、フォローアップ研修会をしているので、それに参加していただくことのお願いベースになっています。

ただ、今現在、ピアサポーターが入って恒常的にやっているのは琉大病院だけですし、あとは中部病院と那覇市立病院は時々、患者サロンにピアサポーターをこちらから派遣して、一緒に参加していただいていますが、それが全病院になるといいのかなと思いますし、そういうところがあります。

○大屋祐輔議長

施策というか、計画というふうに持っていくんだったら「ボランティアを期待する」とか「努力する」ではなくて「支援する」とか、何かそういうふうな内容をつくっていくと

か、例えば安心してピアサポーターができるような支援なり、もちろん知識、経験をお互いに共有することはそうだと思うんですけれども、ピアサポートをやっているときは悩むと思うので、それをどうやって解決してあげるか、そういう安心感を医療関係なり、行政なりがやっていくかというところですよね。

それともう１つは、ピアサポートがなぜ30％でとどまっているのかという要因分析はいかがですか。僕もピアサポートについてはこれまで深く関わっていなかったのでちょっとわからないんですが、それがどうしても難しいというのは何かありますか。わかっていることで結構なんですが。

○増田昌人委員

まず病院に常時いるピアサポーターという仕組みでは琉大病院しかないので、せめて拠点病院６か所で全部に、本来であれば、月曜日から金曜日まで最低お１人はピアサポーターの方が常にいていただいて、いつでも来たらピアサポートができるというか、お話に当たることができる仕組みづくりが必要かなと思います。あとは各拠点病院で受け入れ体制をつくっていただくことが１つあるのかなと思います。

患者サロンにしても、それぞれの患者サロンの開設は拠点病院、診療病院の義務なんですが、実際に開設しても患者さんが来ないということはよく聞くので、北部も離島２つもなかなか患者さんが来ないという部分はあるかと思います。ただ、それでも開けていないといけないと思うんですよね。そこは地域差があると思います。あとは、ピアサポーターの絶対数が北部、離島はどうしても足りないので、その方々に対する負荷が強くなっている部分はあると思います。今のところは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

安里さん、どうぞ。

○安里香代子委員

安里です。

今のピアサポーターの件ですけれども、県からの支援がある、必要とするというのがありましたけれども、実際にピアサポーターの養成を受けた方、それから開催されるイベン

トに参加するのもありますけれども、ここで挙がっているのは琉大でのピアサポーターの養成講座を受けられた方が指数として数が出ているはずです。

ただ、天野さんたちは全国的にピアサポーターとしての活動をしていますし、私たちのがん患者会も離島に行ったときには、私は遺族としてですが、少なくとも自分の体験を通してお互いの悩みを共有する部分をピアサポート、どんなふうに位置付けするかもあるかと思うんですが、ピアサポーターとしての活動はそれぞれに各離島でもやっている方がいらっしゃるので、この数から見るとかなり少ない数字にはなっているんですよ。

ただ、そこへもう少しきちんと支援が行けば、ピアサポーターとして動ける方はもっとほかにもいらっしゃるんじゃないかと思います。ですから、そのあたりが今、項目で挙がっている分だけじゃなくて、実際にそれがどのような形で施策に反映されて実施されるか。それがピアサポーターとしての活動にどれぐらい生かされてくるか。特に助成していただける分があるのかなと、そのあたりをできたら。

○増田昌人委員

具体的な支援はどういうことがあるといいとお考えですか。ちょっと教えていただければと思います。

○安里香代子委員

私は患者会としてですけれども、特にこの頃はコロナ禍で対面はできないので電話でお話をすることが多いんですけれども、これは個人的なことになってくるのでそれは必要。私自身の感覚として取り扱えるものでは、例えばボランティアで出ていますが、ピアサポーターとして養成講座を受けられた方たちが何名ぐらいいらっしゃるかわからないですが、その方たちが一緒に離島に行ったときにはちゃんと養成講座を受けられた方たちの活動の場が広がるんじゃないかな。そういう方たちの情報が欲しいですし、離島でフォーラムをするときには旅費、それから実際に行くときの実費が必要になるので、そこら辺の支援までしていただけるような形があれば、ボランティアでお願いするのはなかなか難しいので、そのあたりもあればいいなと思いますね。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。特に離島に行くときには時間を使って行ったりされますので、

せめて旅費ぐらいをしっかりサポートできるような体制を県のほうで取っていただきたいし､例えばピアサポートの研修会に出席したいんだけれども､離島から自費で行くのかと、そういう研修会の支援などがあったらいいなということと理解してよろしいですか。

○安里香代子委員

はい。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

それと、私は思うんですが、先ほどからコロナだからということもあって、常に各病院に１人ずついるかどうか、必ずしも患者さんがピアサポートを求めなくて空振りで１日、何もしなかったということも出たりするかと思うので、例えば段階的に、最初のステップはウェブでテレビ電話やZoomなどを使いながら「最初の導入はそこが使えますよ」とか、疾患別にこのようながんで困っている人だったら「この方が今、控えているので何とか話せますよ」みたいな、そういうシステムもあってもいいような、このデジタルが進んでいる時代なので、構築をしてもいいのかなとは思うんですが、増田先生、どうなんですか。

○増田昌人委員

通常の集まる患者サロンももちろんやるんですが、それとは別にウェブの患者サロンを５月から月１回定期開催することを計画して、既に参加した方々にはご連絡しています。

先ほどの補助に関しましては、現状としましては、今までの10年のレベルでは100人近い方が修了しておりまして、宮古島と石垣島で考えたときにはそれぞれ10人以上の修了者がいらっしゃるので、その方々に地元で働いていただければと思っております。また、離島の方が私どもの本島で主催する養成講座にいらっしゃる場合は、一応、旅費の全額補助をしております。また、私どもが実際、離島に行って研修会も開いております。

○大屋祐輔議長

そういう意味では、既にサポートをある程度やっていると。

○増田昌人委員

全部ではありませんけど、一部です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

私から天野様にご質問ですが、先ほどちょっと口走ったウェブを使ったような取り組みは全国的にいろいろなことがもう既にされていると思うんですが、特にコロナの時代だからこそやらないといけないのですが、何か情報をお持ちでしたら教えていただければと思いますがいかがでしょうか。

○天野慎介委員

コロナがまん延するその前からオンライン、Zoom等を用いてウェブで患者サロンや患者さんの交流会やピアサポートを行う活動をしている団体はあったんですが、コロナの前は一部の団体が細々とやっているような感じだったんですけれども、コロナの時代になって、実際にフェース・トゥ・フェースでの交流がほぼ絶望的になっているような地域がかなりありますので、地域を中心にオンラインのピアサポートの活動はかなり広がりを見せていると承知しています。

また、がん診療連携拠点病院の相談支援センターが主催するがんサロンにおいても、例えば今までは夜の時間はなかなか開催が難しかったんですけれども、夜の時間にあえてオンラインで開催する形で取り組みは各地で広がりつつありますので、もちろんフェース・トゥ・フェースじゃなきゃできないという方もいますし、オンラインですと非言語的なメッセージが伝わらないので、フェース・トゥ・フェースとはまた違ったやり方というか、努力が必要になってくるんですが、ただ、全く交流できないよりは大丈夫ですし、また、例えばオンラインですと遠隔地とか、あとは入院中の患者さんも参加できるという利点があるので、それぞれが一長一短あるということで、オンラインも十分、今後は展開としてはあり得るだろうと考えています。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

それでは増田先生、ここはこれでよろしいですか。

○増田昌人委員

そうですね。今日はいろいろご意見をいただいたので、少し修正したものをまた皆さんにデータとしてお送りしたいと思います。

少し確認なんですが、時間がそれほどありませんので提示するだけにいたしますが、協議会のところで、実際に皆さんのご意見を頂戴して６年前にこしらえていただいたロジックモデルと協議会案としてのがん計画なんですが、先ほど出たものの中では、特に拠点病院、診療病院は全ての患者が受診の初期段階でがん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムを構築すると。こういうことが既に個別施策で入っておりますので、こういうこともちょっと取り込みながら、今日の皆さんのご意見を頂戴して改訂をしていきたいと思っております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。また改訂したものを皆様に見ていただくようにしたいと思います。

埴岡先生、どうぞ。

○埴岡健一委員

私から何かおこがましいことを言うこともあれなんですけれども、今までの議論を聞いて、一言、感想を述べてよろしいでしょうか。

今日はすごく良かったなと思っていて、大屋先生のほうで１つのテーマを深掘りするやり方にしていただいて、増田先生がそのためにディスカッションができるための基盤となる資料をつくっていただいて、患者さんからすごくリアルな意見が出て、それから医療現場の方々から実際に工夫をするノウハウの話が出てということで､結局､最終アウトカム、もともと目指していたのは何だったのかという再確認をして、中間アウトカム、何を目指していたんだ、そのために何なんだという話をして。

例えば具体的には十分な情報が得られているのは告知のときにちゃんと立ち会えているかという話。すると、そのことに関してすごく知恵が出たし、じゃこれから何をやっていかなきゃいけないか、すごくわかったと思うんです。

そうすると、例えば今年の後半の半年、それにみんなで取り組んだら、中間アウトカムの指標を次に測ったときに多分、沖縄県内のデータが実際に上がると思うんですよね。そ

して最終アウトカムのデータも上がると思うんですよね。散漫な対策をするのではなくて、ちゃんと目的に根差して施策をつくり込んで改善していくことなのかなと改めてすごいなと実感しましたし、そのためにはロジックモデルをつくって、参加型でみんなで議論するのはとてもパーフェクトだと思いました。

ということで、また増田先生、資料を作り直すのは大変だと思いますが、今日の話を盛り込んでブラッシュアップをお願いします。すみません、おこがましい話で恐縮でございました。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

そもそもと言ったらおかしいですが、埴岡先生方にもご指導いただいて、このロジックモデルを沖縄県の健康施策というか、中にしっかり取り込んでいただいているということで、取り組みという意味で整理がついていいかなと。せっかくのロジックモデル、増田先生もその中で随分いろいろデータをまとめていただいていますので、こうやって委員の皆さんといろんなご意見を出し合うことは本当に貴重だなと思っております。ありがとうございました。

それでは審議事項を以上といたしまして、次は報告事項へ入りたいと思います。今日の陪席の県の担当の方から第３次沖縄県がん対策推進計画の中間評価と、それと令和３年度のがん対策予算についてのご報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

報告事項

１．第３次沖縄県がん対策推進計画（2018～2023）の中間評価について

○新垣氏（沖縄県健康長寿課）

沖縄県健康長寿課の新垣と申します。よろしくお願いいたします。では早速、報告のほうに移りたいと思います。資料はないんですけれども、がん対策推進計画の中間評価についてご報告したいと思います。

今回、第３次沖縄県がん対策推進計画の中間評価については、医療計画とがん対策推進計画の両方で評価を一緒に行う予定となっていますが、ただ進捗が遅れている状況となっております。今現在、沖縄県がん対策推進計画検討会が７月から８月にかけて開催する予定となっていて、今、各委員の方にも意見照会を行っているところです。その検討会を７

月から８月にかけて開催して評価を行っていく予定となっております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。コロナのおかげもあって、がんにかかわらず、ほかの分野でも中間評価が、行政のほうでも大変苦労されているということで、計画もご説明いただいたということでぜひスムーズに進むように祈念しております。

それでは、がん対策予算のほうも引き続きお願いいたします。

２．沖縄県における令和３年度のがん対策予算について

○新垣（沖縄県健康長寿課）

引き続いて予算を報告していきます。資料10をご参照ください。

今年度、令和３年度のがん対策予算については、令和３年度の当初予算額は１億5,560万円となっております。昨年度、令和２年度当初予算額が約１億6,820万円でしたので、前年度と比べて約1,260万円の減額となっております。

その主な要因としては、２番目のがん医療連携体制推進事業については実績に基づく委託料の減額、６番目のがん検診充実強化促進事業についても実績に基づく委託料の減額がありました。８番目については、がん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療推進事業については事業が終了したことによる減額となっております。なお、７番目のがん患者等妊孕性温存療法研究促進事業については今年度からの新規事業ということで予算がついております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。

今年度のがん対策予算についてご説明を受けたところですが、先ほどの全体のがんの対策推進計画の中間評価の件と今のがん対策予算案について、ご質問がもしあれば、委員のほうからご発言をお願いしたいんですが、いかがでしょうか。

○天野慎介委員

天野です。

今の沖縄県の予算の中で、妊孕性に関わる部分について意見を申し上げます。

以前、内地のある会議で、いわゆる小児がんなんですが、小児がんの拠点病院でどの程度のお子さん、もしくは親御さんに対して妊孕性温存に関する説明がされていたのかという調査したことがあるんですが、ごく最近のデータでは半数弱の医療機関で妊孕性が失われたり、その温存の手立てがあることの説明が十分になされていないという結果が出ていました。

個人的に大変衝撃を受けたんですけれども、もちろん小児の場合はまず治療しなければいけないですし、どこまで理解していただけるかも含めて知らせるタイミングや配慮が必要なのですが、例えば小児に限らず、成人等においてもそういった実態がありますと、これは非常に由々しき事態だと思います。

実際、医療者の方は割と妊孕性が失われることについて、中にはその重大性にご理解いただけていない方もいらっしゃるんですが、内地では妊孕性が失われることについて事前に十分な説明がなかったことを理由として病院に対して訴訟を起こす動きがあるように聞いております。

なので、今後は十分説明されていないと、それはひとえに患者さんの選択権が失われるだけにとどまらず、場合によっては説明義務違反の訴訟に問われる可能性もあると理解しておりますので、今回、こういった施策が始まったことを機に、ぜひ妊孕性の温存等について、がん治療の際に可能な限り、患者さんにご説明いただくことをご検討いただきたいと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。

妊孕性の対策については、今日は誰か…。

○増田昌人委員

百名先生はいないので、私のほうで。

小児・ＡＹＡ部会と妊孕性のワーキンググループでずっと検討しておりまして、一応、琉球大学におきましてはそのようなことはないかと思っておりますが、それがこども医療センターと、もう１か所、そこと琉球大学で99％ぐらいの小児がんの治療をしているんですが、そちらのほうがまだ十分ではないと思っておりますので、そちらでの研修会も終わっておりまして、それ以外のことも含めて、県内10か所以上で研修会等で行脚しておりま

す。

拠点病院に関しましては、妊孕性に関する責任医師も決めていて、私どものところに卵巣保存、卵子保存、受精卵保存、精子保存で遅滞がないようなシステムづくりを構築している最中です。詳しくはまたどこかでご説明したいと思います。どうもありがとうございました。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

まずは患者さんたちにそのような対策があることを知っていただかないといけないということで、産科の銘苅先生が随分回られたり説明されたりして、一応、進んでいるところで、マスコミ等にも出ていただいて、皆さんは知っていただくように動いているところですが、促進事業は私もまだ詳細までは知らないんですけれども、これは患者さんの金銭的な補助ですよね。

○増田昌人委員

県が２分の１、国が２分の１で、これに関しましては予算をつけていただきましたので、かなりいただけるんじゃないか。

○大屋祐輔議長

そこのバリアーというか、少し金銭的な問題が大きいかなということが最初に出だしで言われていましたけど、半分つけていただくということになってきて少し前進かなというところです。

ただ、併せてがんの治療に関わっている医療者があまねく妊孕性温存療法について理解して、それを患者さんに説明すると。100％説明しているかも今後、調査項目になってくると思っておりますので、ぜひこれをやっていただきたいと思っております。ありがとうございます。

埴岡先生、どうぞ。

○埴岡健一委員

新垣さん、埴岡です。２点、簡単にございます。

１つは、沖縄県の医療計画の毎年の進捗評価の資料を見せていただきますと、11分野のうち、割と脳卒中や心疾患に関してはもともとあるロジックモデルに基づいて、今日のようにデータを測って、それに基づいて議論をして、その結果、何がさらに必要かという形で筋道立って書かれているんですけれども、がん対策に関しては医療計画には７つか８つのロジックモデルが載っているにもかかわらず、毎年の進捗評価では１枚、幾つかの散発的な指標だけが取られており、やるべき対策も散発的な指摘にとどまっているので、脳卒中、心疾患と同じようにというか、今日、議論されたように、ロジックモデルに基づいて問題点を抽出して、それに対応した合理的な対策という形の記述に合わせていただくといいかなと思っておりますので、１つご検討ください。

２つ目は、以前、お願いしたことで、伝わっていないかもしれないんですけれども、予算に関しましては、県の計画との紐付きがわかりにくいということで、結局、がん対策の分野別に分かれていて、何対策とあるんですけど、さっきの予算立てのものがどの施策と紐付いているかわからないので、せっかく示していただいても意味もわからないし、コメントもしようもないし、費用がうまくアウトカムにつながっているのかもわからないということで、できれば表記を工夫していただきたいというお話が以前ございました。

比較的近いのは、島根県のがん対策予算の公表の仕方はがん計画の分野立てに対応して書かれているので、そういうものも参考にしていただくということがありますので、伝わっているかどうかわからないんですけど、引き続き検討事項にしていただければと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。埴岡先生、非常に貴重なご意見だったと思います。

安里様、どうぞ。

○安里香代子委員

ごめんなさい。時間ぎりぎりなんですけども、この７番のがん患者と妊孕性温存研究促進事業の具体的なものは、これは医療者が研究を促進するための研究費用として予算が組まれているんですか。

○大屋祐輔議長

これは患者さんの治療を受けるときの費用の半分を持つというものですから、名前がそうなっていますけど、本当は患者支援です。

○安里香代子委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

そういうことで、いろいろな施策、せっかくロジックモデルをつくって検討しているので、ロジックモデルで出てきている指標をさらに改善することががん診療のレベルの向上につながると考えますと、今、埴岡先生からご指摘いただいたように、先ほどの中間アウトカムなり、個別アウトカムにつながっているはずなので、そこを考えていただくだけで政策の充実につながると思っております。

多分、昔からの申し送りはそうなっていないだろうと思っておりますが、この１～２年と言いましょうか、こういうふうな健康施策のやり方が大きく変わってきていることも含めて、ぜひ次回からのご検討をお願いしたいなと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは次に行きます。式次第では島袋委員からのご報告ですが、今回はご出席できないということで、次に患者会の上原委員よりご報告をお願いいたします。

３．患者会よりの報告

（２）上原委員報告

○上原弘美委員

サバイバーナースの会「ぴあナース」の上原です。

今回は、私たち沖縄県がん診療連携協議会の患者・家族委員の連名で、令和３年度予算・政策に関する要望書を提出させていただきたいと思います。

日頃より沖縄県のがん対策の推進と強化にご尽力を賜り、本当に心から深く感謝申し上げます。また、近年では新型コロナウイルスの感染症による対策につきましては、日々刻々と状況が変わる中、万全な対策をとられ、そのご尽力に大変感謝申し上げます。

さて、私たちは、昨年より新型コロナウイルスの感染症が全国で猛威を振るっておりま

して、感染拡大防止のため、患者会の活動が例年どおり行えない状況もあります。その中で、先の見えないがん治療への不安を抱える患者さんの思いを私たち患者会は多々受け止めております。また、今年度は2018年度から2023年度までを計画年度とする沖縄県がん対策推進計画の中間年度に当たり、政策の見直しも必要な時期となっております。

その中で患者会として、ぜひともご高配を賜りたい内容を選択いたしましたので、下記のとおり要望いたしたいと思います。要望事項としましては４つ挙げております。先ほどの協議事項の中で情報提供や相談体制のことが多くの皆様の中からいろんなご意見や議論がありましたとおり、私たちも同じような思いでずっと感じておりました。

その内容としましては、１つ目は情報提供です。がんサポートハンドブックは毎年、情報がアップデートされ、本当により見やすく、よりわかりやすく、沖縄県のがんの情報が詰まった冊子となっていますけれども、残念ながら必要な方に届いていないという現状もありまして、そういった声も多く聞かれておりますので、確実な周知と配布ができるようなシステムづくりを望みます。

そしてまた、こちらも情報提供の中でも議論がありましたけれども、やはり希少がんや難治がんに対する情報がないということで、患者委員の島袋さんが活動されているパンキャンジャパンのほうには､膵がんと診断されてすごく絶望的になって､情報が得られない。インターネットを開くと悪い情報しかないということで、やっと情報にたどり着いて来られる方のお話も伺っております。

希少がん・難治がんに対する情報提供や、あとはオンラインでのセカンドオピニオンですね。今、コロナ禍でなかなか県外にも行ける状況でもありませんし、また、県内であってもなかなか体力的に問題があったりもありますので、オンラインでのセカンドオピニオンができると非常にありがたいと思っております。

２つ目に関しては相談体制の構築です。こちらも先ほどの議論の中でたくさん挙がっておりましたが、告知後に同席をされる場合もありますけれども、されない場合もあって、ここからこぼれ落ちる患者さんはたくさんおられるので、告知後に何かしらの形で相談支援センターに立ち寄って、相談対応ができるようなシステムづくりであったり、今はオンライン、コロナ禍でなかなか対面の相談対応やがんサロンが開催できませんので、そういう部分でのオンラインでの開催などもご検討いただければ、私たち患者会としても大変ありがたく思っております。

３つ目の離島患者の経済的負担の軽減については、皆様もご承知のとおり、離島の患者

さんが治療のために本島へ来られる際にかかる渡航費の助成に関しては、こちらは以前より県のほうから助成金の制度が出ておりますけれども、当事者の方々からしますと年間に２万円の助成、それでも十分ありがたいのですが、助成を受けるために申請する診断書にお金がかかったり、残った分の金額では１回分の渡航費にしかならないという現状があることも多く耳にしますので、そちらの増額のご検討をいただきたいと。

２つ目が離島・へき地に住むがん患者さんに対するホテル宿泊支援の充実です。こちらもすごくありがたい制度ではありますけれども、申請する手続きがすごく複雑で、いろいろ手間暇もかかるということでなかなか利用者が少ないと聞いておりますので、そこをもう少し簡潔にできればと思っています。

４つ目は患者会の活動に対する支援ということで、私たち患者会はボランティアで行っておりまして、なかなか活動費がなかったり、活動費を捻出するのに会費を少し集めてみたり、イベントの際に参加費を頂戴したり、あるいは助成金を申請して、それで活動したりしておりますので、イベントや交流会を開催するにも場所が必要になってきますし、場所代、会場費もかかりますので、そちらのご支援もあればと思っています。

３つ目は講演会やイベントを行う際に､医療者の皆様に謝金をお支払いしていますので、こちらのほうに関しても講師のボランティアのご協力であったり、病院や行政などと一緒にコラボでイベントを開催することでウィンウィンの関係ができるのではないかなと私たちのほうで考えて、この４つについて要望書を提出させていただきたいと思いますのでご配慮を賜りますようよろしくお願い申し上げます。私のほうからは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

私、大屋が病院長としてただいまの要望を確かに承らせていただきました。

非常に重要なポイントを４つ挙げていただいていますし、これは本当に必要な内容ではないかなと思っております。行政の施策の、それこそ財務の関係で取り組むような、例えば３と４について、私には県に対して要望を上げることしかできませんけれども、それぞれ非常に重要です。

１つ、私的に、これは患者会と一緒に考えたいと思っているし、県の担当者もおられますので、県の担当者としても取り組みやすい方向性が、先ほど埴岡先生からご提案があったように、がん対策予算をロジックモデルと結び付けて考えていくことがあったと思うん

ですね。ロジックモデルの中には、指標として達成、どれだけ達成できたという数字があるということで、行政の方はというのを僕が第三者的に言うと、今日、行政の方がおられるので、ちょっと僭越ではあるんですけれども、投下した予算で効果が見えないと次の予算を申請するのが非常に難しかったり、削られたりするという財務当局の厳しい目があるので、我々の立場からすると当然、出すべきだよねというものですら削られるということがよくあると。

ロジックモデルを私が一生懸命、取り上げているのは、ロジックモデルの中でこれがどういうふうにどこに関わってくるのか。そして、そこに対して施策なり補助なりが行われていたら、この数字が上がるよと。上がれば、１回だけの予算じゃなくて次も次もとなってくると思うので、我々が今後、施策に訴えていくときは、ロジックモデルの中で１、２はまさに今日、増田先生が報告された内容に入っているかなと思いますので、そこに私どもとしても取り入れながら、予算のほうも実は今年度予算は決まってしまっていますけれど、来年度も含めて県に要望していくと、県の担当者のほうも「ここの指標を上げるためにこれを積みたい」ということが言いやすいのかなと思います。

３と４のほうは、私どもが直接、ロジックモデル等々に関わって入れるのは難しいような気はしますけれども、それこそ均てん化という意味で、また患者支援という意味で県にも要望していきたいと思いますし、これはロジックモデルに入るかな、先生。

○増田昌人委員

入ります。

○大屋祐輔議長

３も入っているよね。４も入っていますか。

○増田昌人委員

はい。分野が違うんですけど、入ります。

○大屋祐輔議長

ということで、何かそれなりに入っているみたいなので、この指標を上げるという、我々自身は患者さんの気持ちなり、患者さんに寄り添うという立場で活動しているんですが、

これを担当している行政の方は患者さんのこととか、そういうのを見ていただいていますけれども、彼らが相手にしている財務当局は数字ばっかりなので、そういう面でも我々として、しっかり患者団体、患者の委員の方たちとも一緒にうまく取り入れられるようにやっていきたいと。

そのためのロジックモデルでもありますし、ぜひ活用して一緒にやっていきましょう。よろしくお願いいたします。

埴岡先生、そんなところでいいですか。

○埴岡健一委員

いや、まさにロジックモデル上でそれぞれの立場の方々の活動が結び付いて一体化して、共に成果を上げていくということで、おっしゃるとおりだと思いました。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。沖縄県の方もそういうことなので、またいろいろ、今度、ご相談させてください。これを一気に全部やれと言っても無理だというレスポンスがあったりはするだろうと思うんですけれども、一つ一つ確実に重要なポイントはもう指標として見えているものもありますので、ぜひお願いしたいなと思っております。

上原委員のほうはよろしいですか。

○上原弘美委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

どうぞよろしくお願いいたします。

次に教育庁よりがん教育についてのご報告をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

４．がん教育について

○奥間氏（沖縄県教育庁保健体育課　指導主事）

皆さん、こんにちは。沖縄県教育委員会保健体育課の奥間でございます。本日は城間課長からご報告の予定でしたが、他に公務がございまして、担当主事の奥間のほうから昨年度の取り組みについてご報告させていただきます。

県教育委員会では、一昨年度より文部科学省の委託事業「がん総合支援事業」を受けて、単年度事業ではありますが、昨年度も採択され、２年目を迎えております。今年度は文科省に対して事業継続に向けて申請中でありまして、６月頃に申請が受理されたかどうかの報告が来る予定になっております。

それでは、お手持ちの資料125ページ、資料12と併せてご覧になってください。資料は「がん教育総合支援事業」の令和２年度の事業報告であります。事業の趣旨、内容はご覧のとおりです。

この事業は３．実施内容の(1)にあります沖縄県連絡協議会が中心となって、がん教育に関する計画の作成、学校におけるがん教育の推進等に対して指導、助言をいただき、がん教育の在り方について検討を行っております。

資料126ページをご覧ください。(3)のがん教育教材検討委員会は、この委員会は平成30年度に立ち上がりまして、がん教育の教材を検討し、昨年度までモデル校における公開授業や検証授業等を開催し、学校におけるがん教育の充実と授業者の資質の向上を図ってまいりました。令和元年度は中学校及び高等学校のみモデル校を指定しておりましたが、令和２年度は小学校においてもモデル校を指定し、教材の検討をいたしております。

昨年度はコロナ禍のため、多くの先生方に直接、授業を公開し、教材の紹介をすることはできませんでしたが、参観者を限定した検証授業により教材を検討することができました。また、２月にはウェブ開催されました第20回沖縄県健康教育研究大会において実践報告を行いまして、小学校、中学校、高等学校での先生方の授業の様子を多くの先生方に見ていただいております。

(4)の外部講師養成プログラム策定委員会は令和２年度より立ち上がった委員会であります。委員には一般社団法人全国がん患者会連合会の天野理事長に加わっていただいて、ウェブ会議により検討委員会を２回開催しております。その後、沖縄県のプログラムを鹿児島県の「がんサポートかごしま」の協力を得て組み立てております。県内初となる学校におけるがん教育外部講師養成プログラムが完成し、外部講師養成オンライン研修会へとつなげていくことができました。

127ページをご覧ください。(5)の外部講師養成オンライン研修会については、当初、受

講対象者を沖縄県内のがん患者やがん経験者としておりましたが、がん家族や医療従事者の積極的な参加もいただくことができました。講師には日本を代表するがん専門医やがん教育に関する専門の先生方、また外部講師として豊富な経験を持つがん患者会の代表の方をお招きすることができ、エの（ア）や（イ）の研修内容を確認いただいてもわかりますように、講義やワークショップともに充実した研修となりました。

また、受講者の皆様方からは「講義がわかりやすかった」「実際にどうやっているのかがわかり、イメージしやすかった」「私たちにできる活動をわかりやすく説明していただき、とても良い学びになりました」等との感想もいただきました。

128ページをご覧ください。５は事業の成果となっております。(1)、(2)については後ほどご確認ください。

(3)のモデル校による取り組みの児童・生徒のアンケート結果について少し触れさせていただきます。

129ページの「生徒の事前・事後アンケート結果のまとめ」をご覧ください。１）のがんの学習については、「がんの学習が健康的な生活を送るために重要か」「役に立つか」を聞いており、どちらも授業後、肯定的な意見が増加しております。

２）のがんに対する知識については、ほとんどの項目で正答率が上がっておりますが、下がっている項目もあり、今後、検討が必要となっております。

３）の意識編では、健康な体づくりへの取り組みやがん検診への受診の意欲、がん患者や身近な人への健康に対する思いなどに向上が見られております。ａの「自分はがんにならないと思う」や、ｅの「がんの治療方法の決定者」、ｆの「がん患者の生活の質等の学習の方法」については、がん教育の外部講師等を活用し、学習を深めるための工夫が必要な箇所であると考えております。

最後に131ページをご覧ください。特に(2)の外部講師の活用については、外部講師を計画的に養成することが重要になっております。令和３年度はがん診療連携協議会の皆様方のご助言をいただきながら、沖縄県型のがん教育外部講師養成について検討をしていきたいと考えております。また今後、どのようにいろいろな団体と協力をして、継続的に外部講師を養成していくかが教育委員会でも大きな課題となっておりますので、今後、いろいろな方々のお力を借りて検討していきたいと思いますので、皆様方、ご助言をよろしくお願いいたします。以上で私の報告を終わります。

○大屋祐輔議長

がん教育についてもしっかり進んでいるような状況が手に取るようにわかりました。どうもありがとうございます。

ただいまのご報告にご質問等はございますか。

資料としても非常に詳細でしっかりわかるものをつくっていただいてありがとうございます。我々はどうしても緩く、ぽんと抜けたりしているんですけれども、本当にいいですよね。取り組みも多彩、いろんなことをやっていただいていますので、我々としても本当に参考になると思っております。

いかがですか。大丈夫ですか。

以降の報告は紙面報告として資料のほうをご覧いただくということで、もし何かありましたら、こちらのほうにメール等でご質問いただければと思います。

５.北部地区医師会病院と琉球大学病院との定期的なカンファレンスについて

６.拠点病院及び診療病院におけるPDCAサイクルの確保（情報提供相談支援分野）について

７.がんゲノム医療について

８.沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

９.沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

10.沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

11.厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第75回がん対策推進協議会議事次第

（２）第４回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議

（３）第４回がん全ゲノム解析等連絡調整会議

（４）第１回「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けた検討会議

（５）第２回「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けた検討会議

（６）第18回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議

（７）第32回がん検診のあり方に関する検討会

（８）第１回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

（９）第２回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

13.その他

部会報告事項

１.医療部会

２.緩和ケア・在宅医療部会

３.小児・ＡＹＡ部会

４.離島・へき地部会

５.情報提供・相談支援部会

６.ベンチマーク部会

〇大屋祐輔議長

本日は30分ほどオーバーしてしまいましたけれども、本日の第１回沖縄県がん診療連携協議会を終えたいと思います。今日は幾つかの課題ですね。これまでと大きく変わっているわけではありませんが、やはり沖縄のがん診療の全体のレベルを上げていくことと、あとは均てん化が非常に大きな課題でありますので、先ほどから患者・家族のグループからの要望書もあるとおり、沖縄県の行政と医療者と、そして今日ここにご出席いただいているさまざまな立場の方と一緒に取り組みを進めていきたいと考えております。本日はどうもありがとうございました。お疲れさまでございました。

資料４

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和3度名簿 （任期：令和2年4月1日～令和4年3月31日）

| No. | 要項条項 | 氏名 | 異動・変更 | ふりがな | 所属 | 役職 | 要項での位置づけ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 大屋　祐輔 | 継続 | おおや　ゆうすけ | 琉球大学病院 | 病院長 | 琉大病院の病院長 |
| 2 | 2 | 玉城　和光 | 変更 | たまき　かずみつ | 沖縄県立中部病院 | 病院長 | 地域がん診療連携拠点病院の病院長 |
| 3 | 2 | 外間　浩 | 変更 | ほかま　ひろし | 那覇市立病院 | 病院長 | 地域がん診療連携拠点病院の病院長 |
| 4 | 3 | 本永　英治 | 継続 | もとなが　えいじ | 沖縄県立宮古病院 | 病院長 | 地域がん診療病院の病院長 |
| 5 | 3 | 篠﨑　裕子 | 新規 | しのざき　ゆうこ | 沖縄県立八重山病院 | 病院長 | 地域がん診療病院の病院長 |
| 6 | 3 | 諸喜田　林 | 継続 | しょきた　はやし | 北部地区医師会病院 | 病院長 | 地域がん診療病院の病院長 |
| 7 | 4 | 安里　哲好 | 継続 | あさと　てつよし | 沖縄県医師会 | 会長 | 沖縄県医師会長 |
| 8 | 5 | 米須　敦子 | 変更 | こめす　あつこ | 沖縄県歯科医師会 | 会長 | 沖縄県歯科医師会長 |
| 9 | 6 | 前濱　朋子 | 変更 | まえはま　ともこ | 沖縄県薬剤師会 | 会長 | 沖縄県薬剤師会長 |
| 10 | 7 | 平良　孝美 | 変更 | たいら　たかみ | 沖縄県看護協会 | 会長 | 沖縄県看護協会長 |
| 11 | 8 | （役職対象者なし） | 継続（H31.4～役職対象者なし） | | 沖縄県 | 政策参与 | 沖縄県政策参与 |
| 12 | 9 | 大城　玲子 | 変更 | おおしろ　れいこ | 沖縄県保健医療部 | 保健医療部長 | 沖縄県保健医療部長 |
| 13 | 10 | 増田　昌人 | 継続 | ますだ　まさと | 琉球大学病院がんセンター | センター長 | 琉大病院のがんセンター長 |
| 14 | 11 | 青木　陽一 | 新規 | あおき　よういち | 琉球大学病院がんセンター運営委員会 | 委員長 | 琉大病院のがんセンター運営委員会委員長 |
| 15 | 12 | 平田　哲生 | 変更 | ひらた　てつお | 琉球大学病院医療福祉支援センター | センター長 | 琉大病院の医療福祉支援センター長 |
| 16 | 13 | 中村　克徳 | 継続 | なかむら　かつのり | 琉球大学病院薬剤部 | 薬剤部長 | 琉大病院の薬剤部長 |
| 17 | 14 | 眞栄城　智子 | 変更 | まえしろ　ともこ | 琉球大学病院看護部 | 看護部長 | 琉大病院の看護部長 |
| 18 | 15 | 鬼村　博幸 | 変更 | おにむら　ひろゆき | 琉球大学上原キャンパス事務部 | 事務部長 | 琉大病院の事務部長 |
| 19 | 16 | 前田　純子 | 変更 | まえだ　じゅんこ | 沖縄県立中部病院 | 副院長 | 地域がん診療連携拠点病院より2名 |
| 20 | 16 | 朝倉　義崇 | 継続 | あさくら　よしたか | 沖縄県立中部病院 | 血液・腫瘍内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院より2名 |
| 21 | 16 | 宮里　浩 | 継続 | みやざと　ひろし | 那覇市立病院 | 外科総括科部長 | 地域がん診療連携拠点病院より2名 |
| 22 | 16 | 友利　寛文 | 継続 | ともり　ひろふみ | 那覇市立病院 | 外科部長 | 地域がん診療連携拠点病院より2名 |
| 23 | 17 | 松村　敏信 | 継続 | まつむら　としのぶ | 沖縄県立宮古病院 | 外科部長 | 地域がん診療病院から2名 |
| 24 | 17 | 見里　悟美 | 変更 | みさと　さとみ | 沖縄県立宮古病院 | 副院長 | 地域がん診療病院から2名 |
| 25 | 17 | 菊池　馨 | 変更 | きくち　かおる | 沖縄県立八重山病院 | 消化器内科部長 | 地域がん診療病院から2名 |
| 26 | 17 | 平良　美江 | 継続 | たいら　よしえ | 沖縄県立八重山病院 | 副院長 | 地域がん診療病院から2名 |
| 27 | 17 | 柴山　順子 | 継続 | しばやま　じゅんこ | 北部地区医師会病院 | 副院長 | 地域がん診療病院から2名 |
| 28 | 17 | 我如古　春美 | 継続 | がねこ　はるみ | 北部地区医師会病院 | 看護部長 | 地域がん診療病院から2名 |
| 29 | 18 | 安里　香代子 | 継続 | あさと　かよこ | 沖縄県がん患者会連合会 | 事務局長 | 患者関係の立場の者 |
| 30 | 18 | 真栄里　隆代 | 継続 | まえさと　たかよ | ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会 | 会長 | 患者関係の立場の者 |
| 31 | 18 | 上原　弘美 | 変更 | うえはら　ひろみ | サバイバーナースの会「ぴあナース」 | 代表 | 患者関係の立場の者 |
| 32 | 18 | 島袋　百代 | 変更 | しまぶくろ　ももよ | パンキャンジャパン沖縄アフィリエート | 支部長 | 患者関係の立場の者 |
| 33 | 19 | 天野　慎介 | 継続 | あまの　しんすけ | 一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン | 理事長 | 有識者 |
| 34 | 19 | 埴岡　健一 | 継続 | はにおか　けんいち | 国際医療福祉大学大学院 | 教授 | 有識者 |
| 35 | 19 | 島　洋子 | 変更 | しま　ようこ | 琉球新報社編集局 | 次長・報道本部長 | 有識者 |
| 36 | 20 | 加留部　謙之輔 | 変更 | かるべ　けんのすけ | 琉球大学病院病理部 | 病理部長 | 琉大の病院長が必要と認める者 |
| 37 | 20 | 百名　伸之 | 継続 | ひゃくな　のぶゆき | 琉球大学病院小児科 | 診療教授 | 琉大の病院長が必要と認める者 |
| 38 | 20 | 足立　源樹 | 継続 | あだち　げんき | 那覇市立病院 | 放射線科部長 | 琉大の病院長が必要と認める者 |

# 令和3年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

| 申合わせ条項 | 要項条項 | 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10 | 増田　昌人 | 琉球大学医学部附属病院がんｾﾝﾀｰ | センター長 | 琉大病院のがんセンター長 |
| 2 | 16 | 朝倉　義崇 | 県立中部病院 | 血液・腫瘍内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院より1名 |
| 2 | 16 | 友利　寛文 | 那覇市立病院 | 外科部長 | 地域がん診療連携拠点病院より1名 |
| 3 | 17 | 松村　敏信 | 県立宮古病院 | 外科部長 | 地域がん診療病院から1名 |
| 3 | 17 | 菊池　馨 | 県立八重山病院 | 消化器内科部長 | 地域がん診療病院から1名 |
| 3 | 17 | 柴山　順子 | 北部地区医師会病院 | 副院長 | 地域がん診療病院から1名 |
| 4 | その他協議会議長が必要と認めた者 | 糸数　公 | 沖縄県保健医療部 | 保健衛生統括監 | その他琉大の病院長が必要と認める者 |
| 4 | その他協議会議長が必要と認めた者 | 金城　不二子 | 琉球大学上原キャンパス事務部総務課 | 課長 | その他琉大の病院長が必要と認める者 |

# 沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2021/4月30日時点

※2021年4月以降の人事異動等に伴う委員の変更については決まり次第随時更新します。

医療部会

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 宮里　浩 | 那覇市立病院 | 外科統括課部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 朝倉　義崇 | 沖縄県立中部病院 | 腫瘍・血液内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 照屋　淳 | 北部地区医師会病院 | 副院長・外科部長 | 地域がん診療病院 |
| 松茂良　力 | 沖縄県立八重山病院 | 副院長 | 地域がん診療病院 |
| 岸本　信三 | 沖縄県立宮古病院 | 副院長 | **地域がん診療病院** |
| 調整中 | 沖縄県保健医療部健康長寿課 | | 沖縄県 |
| 調整中 | | | 患者関係者 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院 | がんセンター長 | 事務局 |
| 野村　寛徳 | 琉球大学病院 | 第一外科助教 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 医療部会　地域連携ワーキング

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 金城　達也 | 琉球大学病院 | 第一外科講師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 當山　美奈子 | 琉球大学病院 | 看護師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 宮里　浩 | 那覇市立病院 | 外科総括科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 新垣　千春 | 那覇市立病院 | 看護師 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 伊江　将史 | 沖縄県立中部病院 | 外科医長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 本仲　寛美 | 沖縄県立中部病院 | 看護師 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 照屋　淳 | 北部地区医師会病院 | 副院長・外科部長 | 地域がん診療病院 |
| 砂川　綾子 | 沖縄県立八重山病院 | 地域連携室看護師長 | 地域がん診療病院 |
| 川満　博昭 | 沖縄県立宮古病院 | 外科副部長 | **地域がん診療病院** |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院 | がんセンター長 | 事務局 |
| | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 医療部会　薬物療法ワーキング

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 石井　岳夫 | 琉球大学病院 | がん専門薬剤師、外来がん治療認定薬剤師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 鈴木　毅 | 琉球大学病院 | がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 永井　賢作 | 那覇市立病院 | 薬剤師 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 朝倉　義崇 | 沖縄県立中部病院 | 血液・腫瘍内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 吉田　幸生 | 沖縄県立中部病院 | 血液・腫瘍内科 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 友利　幹夫 | 沖縄県立中部病院 | 副薬局長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 前森　里美 | 沖縄県立中部病院 | 看護師 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 與世平一起 | 沖縄県立八重山病院 | 薬剤師 | 地域がん診療病院 |
| 大益　渉子 | 沖縄県立八重山病院 | 看護師 | 地域がん診療病院 |
| 神里　敬子 | 沖縄県立宮古病院 | 看護師長 | **地域がん診療病院** |
| 比嘉　亜紀 | 北部地区医師会病院 | 看護師 | 地域がん診療病院 |
| 新井　麻紀子 | 北部地区医師会病院 | 薬剤師 | 地域がん診療病院 |
| 大城　真理奈 | 豊見城中央病院 | 薬剤師 | 豊見城中央病院 |
| 上原　政文 | 豊見城中央病院 | 薬剤師 | 豊見城中央病院 |
| 國吉　洋子 | 浦添総合病院 | 看護師 | 浦添総合病院 |
| 平良　智 | 中頭病院 | 薬剤師 | 中頭病院 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院 | がんセンター長 | 事務局 |
| | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 緩和ケア・在宅医療部会

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 中村　清哉 | 琉球大学病院 | 緩和ケアセンター副センター長 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 中島　信久 | 琉球大学病院 | 地域医療部　診療教授 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 安次富　直美 | 琉球大学病院 | 緩和ケア看護師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 足立　源樹 | 那覇市立病院 | 放射線科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 三浦　耕子 | 沖縄県立中部病院 | 婦人科副部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 屋良　尚美 | 沖縄県立中部病院 | 外来師長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 朝川　恵利 | 沖縄県立宮古病院 | 地域連携室 看護師 | **地域がん診療病院** |
| 酒井　達也 | 沖縄県立八重山病院 | 地域診療科医師 | 地域がん診療病院 |
| 野里　栄治 | 北部地区医師会病院 | 医局長/外科外来医長 | 地域がん診療病院 |
| 笹良　剛史 | 友愛会豊見城中央病院 | 麻酔科部長 | 友愛会南部病院 |
| 調整中 | 沖縄県保健医療部健康長寿課 | がん対策班 | 沖縄県 |
| 名嘉眞　久美 | 沖縄県がん患者会連合会 | 事務局 | 患者関係者 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院がんセンター | がんセンター長 | 事務局 |
|  | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 中村　清哉 | 琉球大学病院 | 緩和ケアセンター副センター長 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 足立　源樹 | 那覇市立病院 | 放射線科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 三浦　耕子 | 沖縄県立中部病院 | 婦人科副部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 朝川　恵利 | 沖縄県立宮古病院 | がん専門看護師 | **地域がん診療病院** |
| 酒井　達也 | 沖縄県立八重山病院 | 地域診療科医師 | 地域がん診療病院 |
| 野里　栄治 | 北部地区医師会病院 | 医局長/外科外来医長 | 地域がん診療病院 |
| 久志　一朗 | 国立病院機構沖縄病院 | 緩和医療科医長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 新里　誠一郎 | 浦添総合病院 | 緩和ケアセンター長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 笹良　剛史 | 豊見城中央病院 | 麻酔科部長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 西原　実 | ハートライフ病院 | 副院長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 林　正樹 | 中頭病院 | 血液腫瘍内科部長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 友利　健彦 | 沖縄赤十字病院 | 第二外科副部長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 新屋　洋平 | 中部徳洲会病院 | 在宅・緩和ケア科医長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 神山　佳之 | 南部医療センター・こども医療センター | 地域医療科副部長 | 緩和ケア研修会開催病院 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院 | がんセンター長 | 事務局 |
|  | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 金城　隆展 | 琉大病院地域医療部 | 臨床倫理士 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 長野　宏昭 | 沖縄県立中部病院 | 呼吸器内科医師 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 東恩納　貴子 | 那覇市立病院 | 看護師 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 金城　美奈子 | 沖縄県立宮古病院 | 地域連携室がん相談員副師長 | **地域がん診療病院** |
| 屋比久　倫子 | 沖縄県立八重山病院 | 地域連携室看護師 | 地域がん診療病院 |
| 成田　奈緒子 | 北部地区医師会病院 | 連携課師長 | 地域がん診療病院 |
| 嶺井　朝美 | 北部地区医師会病院 | 緩和ケア認定看護師 | 地域がん診療病院 |
| 荷川取　尚樹 | 花あかり合資会社 | 代表所長 | 花あかり合資会社 |
| 笹良　剛史 | 友愛会豊見城中央病院 | 麻酔科部長 | 友愛会南部病院 |
| 喜納　美津男 | きなクリニック | 院長 | きなクリニック |
| 宮城　愛子 | 沖縄セントラル病院 | 訪問看護認定看護師 | 訪問看護ステーションはえばる |
| 徳盛　裕元 | すまいるサポート株式会社 | 代表取締役 | すまいるサポート株式会社 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院 | がんセンター長 | 事務局 |
|  | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 小児・AYA部会

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 百名　伸之 | 琉球大学病院 | 小児科講師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 浜田　聡 | 琉球大学病院 | 小児科助教 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 森島　聡子 | 琉球大学病院 | 第二内科准教授 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 銘苅　桂子 | 琉球大学病院 | 周産母子センター講師 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 當銘　保則 | 琉球大学病院 | 整形学科学講座准教授 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 當山　美奈子 | 琉球大学病院 | 小児科看護師長 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 朝倉　義崇 | 沖縄県立中部病院 | 血液・腫瘍内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 大城　一郁 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター | 血液・腫瘍内科 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター |
| 比嘉　猛 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター | 小児科部長 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター |
| 伊良波　史朗 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター | 放射線科副部長 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター |
| 佐久川　夏実 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター | チャイルド・ライフ・スペシャリスト | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター |
| 調整中 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター |  | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター |
| 城間　敏生 | 沖縄県教育庁保健体育課 | 課長 | 沖縄県教育庁 |
| 調整中 | 森川特別支援学校 | 学校長 | 森川特別支援学校 |
| 調整中 | 沖縄県保健医療部健康長寿課 |  | 沖縄県 |
| 金城　敦子 | がんの子どもを守る会　沖縄支部 | 幹事 | 患者関係者 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院がんセンター | がんセンター長 | 事務局 |
|  | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 離島・へき地部会

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 朝倉　義崇 | 沖縄県立中部病院 | 腫瘍・血液内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 戸板　孝文 | 沖縄県立中部病院 | 放射線科副部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 友利　寛文 | 那覇市立病院 | 外科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 松村　敏信 | 沖縄県立宮古病院 | 外科部長 | **地域がん診療病院** |
| 見里　悟美 | 沖縄県立宮古病院 | 副院長 | 地域がん診療病院 |
| 菊池　馨 | 沖縄県立八重山病院 | 内科部長 | 地域がん診療病院 |
| 平良　良江 | 沖縄県立八重山病院 | 副院長 | 地域がん診療病院 |
| 赤松　道成 | 北部地区医師会病院 | 外科科長 | 地域がん診療病院 |
| 我如古　春美 | 北部地区医師会病院 | 看護部長 | 地域がん診療病院 |
| 調整中 | 沖縄県保健医療部健康長寿課 | | 沖縄県 |
| 真栄里　隆代 | ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会） | 会長 | 患者関係者（宮古医療圏） |
| 田盛　亜紀子 | やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会) | 会長 | 患者関係者（八重山医療圏） |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院がんセンター | がんセンター長 | 事務局 |
| | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## 情報提供・相談支援部会

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 大久保　礼子 | 琉球大学病院がんセンター | 医療ソーシャルワーカー | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 傳道　聡子 | 沖縄県立中部病院 | 連携室副看護師長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 仲宗根　恵美 | 那覇市立病院 | 医療ソーシャルワーカー | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 金城　美奈子 | 沖縄県立八重山病院 | 地域連携室看護師 | **地域がん診療病院** |
| 眞喜志　好枝 | 沖縄県立八重山病院 | 地域連携室看護師 | 地域がん診療病院 |
| 仲宗根　るみ | 北部地区医師会病院 | 医療ソーシャルワーカー | 地域がん診療病院 |
| 調整中 | 沖縄県保健医療部健康長寿課 | | 沖縄県 |
| 島袋　百代 | パンキャンジャパン沖縄アフェリエート | 支部長 | 患者関係者 |
| 調整中 | 沖縄県地域統括支援センター | ピアサポーター | 患者関係者 |
| 樋口　美智子 | 沖縄国際大学 | 総合文化学部人間福祉学科准教授 | |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院がんセンター | がんセンター長 | 事務局 |
| | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

## ベンチマーク部会

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 伊佐　奈々 | 琉球大学病院がんセンター | 診療情報管理士 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 友利　寛文 | 那覇市立病院 | 外科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 朝倉　義崇 | 沖縄県立中部病院 | 血液・腫瘍内科部長 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 松村　敏信 | 沖縄県立宮古病院 | 外科部長 | **地域がん診療病院** |
| 尾﨑　信弘 | 沖縄県立八重山病院 | 外科部長 | 地域がん診療病院 |
| 柴山　順子 | 北部地区医師会病院 | 副院長 | 地域がん診療病院 |
| 調整中 | 沖縄県保健医療部健康長寿課 | | 沖縄県 |
| 調整中 | | | 患者関係者 |
| 調整中 | | | 患者関係者 |
| 井岡　亜希子 | まるレディースクリニック | | |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院がんセンター | がんセンター長 | 事務局 |
| | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

### ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

| 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 伊佐　奈々 | 琉球大学病院がんセンター | 診療情報管理士 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 福岡　しのぶ | 琉球大学病院がんセンター | 診療情報管理士 | 都道府県がん診療連携拠点病院 |
| 西平　点 | 沖縄県立中部病院　経営課 | 主幹 | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 仲嶺　八紀 | 沖縄県立中部病院　経営課 | | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 仲尾次　恭子 | 那覇市立病院 | | 地域がん診療連携拠点病院 |
| 戸倉　さおり | 沖縄県立宮古病院　診療情報管理室 | 診療情報管理士 | **地域がん診療病院** |
| 金城　有哉 | 沖縄県立八重山病院　医事課 | | 地域がん診療病院 |
| 宮里　貴子 | 北部地区医師会病院　医事課 | | 地域がん診療病院 |
| 安里　邦子 | 中部徳洲会病院　診療情報管理室 | 診療情報管理士 | 中部徳洲会病院 |
| 比知屋　春奈 | 国立病院機構沖縄病院　診療情報管理室 | 診療情報管理士 | 国立病院機構沖縄病院 |
| 古謝　由紀子 | 沖縄県衛生環境研究所　全国がん登録担当 | 全国がん登録 | 沖縄衛生環境研究所 |
| 増田　昌人 | 琉球大学病院がんセンター | がんセンター長 | 事務局 |
| 調整中 | （琉球大学病院がんセンター） | （事務） | （事務担当（陪席）） |

資料５

## ●令和３年度の沖縄県がん診療連携協議会および幹事会の開催日時

■令和３年度 協議会開催日程

| 回　数 | 日　時 | 場　所 | 備　考 |
|---|---|---|---|
| 第１回 | 令和３年５月７日（金）14:00～17:00 | WEB 開催 | |
| 第２回 | 令和３年８月６日（金）14:00～17:00 | 大会議室<br>WEB の可能性有 | |
| 第３回 | 令和 ３ 年 ~~11 月 5 日~~（金） 14:00～17:00<br>→11 月 19 日(金) | 大会議室<br>WEB の可能性有 | |
| 第４回 | 令和４年２月４日（金）14:00～17:00 | 大会議室<br>WEB の可能性有 | |

■令和３年度 幹事会開催日程

| 回　数 | 日　時 | 場　所 | 備　考 |
|---|---|---|---|
| 第１回 | 令和３年４月 12 日（月）14:00～17:00 | WEB 開催 | |
| 第２回 | 令和３年７月 12 日（月）14:00～17:00 | 大会議室<br>WEB の可能性有 | |
| 第３回 | 令和 ３ 年 ~~10 月 4 日~~（月） 14:00～17:00<br>→10 月 11 日(火) | ~~大学院セミナー室または小会議室~~→小会議室<br>WEB の可能性有 | |
| 第４回 | 令和４年１月 17 日（月）14:00～17:00 | 大会議室<br>WEB の可能性有 | |

資料６

# 沖縄７　ライフステージに応じたがん対策（小児・AYA分野）

| 中間アウトカム | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |

| 中間アウトカム | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |

| 最終アウトカム | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |

| すべての小児およびAYA世代の患者に対して、セカンドオピニオンを行う | | | |
|---|---|---|---|
| ①小児がんでセカンドオピニオンを行った割合<br>②AYA世代の患者でセカンドオピニオンを行った割合<br>③患者体験調査小児問12　セカンドオピニオンを受けたと回答した人 | 小児<br>19.2%<br>成人<br>19.5%<br>AYA | 小児<br>NA<br>成人<br>22.3%<br>AYA | |
| すべての小児およびAYA世代の患者に対して、quality indicatorを用いた医療の質評価を行い、公開する | | | |
| 小児がん拠点病院QI<br>①指標14　化学療法関連死亡率<br>②指標15　術後３０日以内の手術関連死亡率<br>③指標16　同種造血幹細胞移植後100日以内における合併症関連死 | NA<br>NA<br>NA | 0%<br>0%<br>9.5% | |
| すべての小児およびAYA世代の患者に対して、適切な緩和ケアを行う | | | |
| ①小児がん拠点病院QI指標18　緩和ケアチーム介入率<br>②小児問20-5、成人問20-6　つらい症状にはすみやかに対応してくれたと思うと回答した人 | 小児<br>83.3%<br>成人<br>75.0%<br>AYA | 0%<br>小児<br>NA<br>成人<br>80.1%<br>AYA | |
| すべての小児およびAYA世代の患者に対して、アドバンスケアプランニング(ACP)を行う | | | |
| ACPを行った割合 | | | |
| 希望者には、在宅療養・看取りやホスピス病棟での看取りを行う | | | |
| 希望者に対して実際に在宅看取りやホスピス病棟での看取りを行えた割合 | | | |

| 適切な情報提供を受け、状況に応じた、安心・安全・適切な医療を受けられている | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者体験調査(%)（2018年） | 小児問10、成人問10　初診から確定診断までが1 ヶ月未満であったと回答した人 | 小児<br>74.3%<br>成人<br>71.5%<br>AYA<br>66.2% | 小児<br>NA<br>成人<br>72.7%<br>AYA<br>NA | NA |
| | 小児問11、成人問11　確定診断から治療開始までが1 ヶ月未満であったと回答した人 | 小児<br>80.6%<br>成人<br>62.2%<br>AYA<br>52.5% | 小児<br>NA<br>成人<br>66.4%<br>AYA<br>NA | NA |
| | 成人問20-10　「これまでの治療に納得している」と回答した患者の割合　（世代別切り出し） | 成人<br>77.3%<br>AYA<br>83.5% | 成人<br>85.4%<br>AYA<br>NA | |

| すべての小児およびAYA世代の患者に対して、治療開始前に治療による生殖機能への影響に関して組織的に説明を行う | | | |
|---|---|---|---|
| ①生殖医療に対して組織的な対応ができている専門医療機関の割合<br>②小児問13、成人問16　治療開始前に治療による生殖機能への影響に関して医師から説明があった | 小児<br>53.8%<br>AYA | 小児<br>NA<br>AYA | |
| 全ての希望した患者に対して、適切な妊孕性温存療法を行う | | | |
| ①AYA世代未受精卵凍結件数<br>②小児　卵巣組織凍結件数<br>③小児問14　妊よう性温存のための処置を行ったと回答した人 | NA<br>NA<br>小児<br>7.2%<br>AYA | 4件<br>1件<br>小児<br>NA<br>AYA | |

| 妊孕性温存療法、がん治療後の生殖医療、晩期合併症、長期フォローアップに関する体制が整備されている |
|---|

| 適切な医療を受け、尊厳を持って療養生活を送れている | | | | |
|---|---|---|---|---|
| がん情報サービス「がん登録・統計」 | 小児がん患者の5年生存率 | 別紙 | 別紙 | |
| | AYA世代のがん患者の5年生存率 | 別紙 | 別紙 | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 小児問25、成人問23　がんの診断・治療全般に関する総合的な評価の平均点 | 小児<br>8.4点<br>成人<br>8.0点<br>AYA | 小児<br>NA<br>成人<br>8.4点<br>AYA | NA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 全てのフォローアップ患者に適切な時期に「がん治療後の生殖医療」についての説明を組織的に行う（例長期フォローアップのためのチェックリストを作成し、担当内科医にも配布する） | | | |
| ①必要な患者へ、実際に「がん治療後の生殖医療」についての説明を行えた割合 | | | |
| 晩期合併症について、適切な医療を行う | | | |
| 晩期合併症について、適切な医療を行えた患者の割合 | | | |
| すべての小児およびAYA世代の患者に対して、長期フォローアップを組織的に行う | | | |
| 長期フォローアップを組織的に行えた患者の割合 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 必要な患者へ、実際に妊孕性温存療法を行えた割合（2017年） | ①AYA世代　未受精卵凍結 | NA | 8.3%（4/48.2）（未受精卵子凍結件数）/（婦人科がん以外の未婚女性がん患者））| |
| | ②小児　卵巣組織凍結 | NA | 14.3%（1/7）（卵巣組織凍結件数）/（白血病を除 | |
| | 必要な長期フォローアップが受けられている患者の割合 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 成人問35-7　「現在自分らしい日常生活を送れていると感じる」と回答した人(世代別) | 成人 70.5% AYA 66.8% | 成人 78.3% AYA NA | NA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 院内学級で勉強が続けられるようにする | | | |
| 小児がん拠点病院QI ①指標19　院内学級への転籍率 | NA | 71.4% | |
| 原籍校への復学をスムーズに行う | | | |
| 小児がん拠点病院QI ①指標20　復学カンファレンス実施率 | NA | 100% | |
| 進学や就労に対して、適切なタイミングで相談を行う | | | |
| ①小児問33　患者の治療中に、職場や仕事上の関係者からケアと仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思うと回答した人 | 58.9% | NA | |
| すべての小児およびAYA世代の患者や家族を、小児がんに対応可能ながん相談支援センターに全例紹介する | | | |
| ①小児がんで、がん相談支援センターを利用した割合 ②AYA世代の患者で、がん相談支援センターを利用した割合 | | | |
| 小児およびAYA世代の患者や家族、それぞれのための患者サロンやピアサポートが組織的にできるようにする | | | |
| | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 社会の一員として尊厳を持って暮らしていられる | | | | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 小児問39　治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような配慮があったと思うと回答した人 | 76.6% | NA | |
| | 小児問40-2、成人問30-2　がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思うと回答した人 | 小児 39.7% 成人 47.7 % AYA | 小児 NA 成人 52.6% AYA NA | |

## 2（5）ライフステージに応じたがん対策（高齢者）

| 施策 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
| 【高齢者】すべての専門医療機関では、「高齢者のがん薬物療法ガイドライン」、「高齢者がん医療Q&A 総論」、および「高齢者がん医療Q&A 各論」に基づいた医療を行う | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 【高齢者】「高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き」等を用いて意思決定を行う | | | | |
| 「手引き」を用いて意思決定を行った高齢がん患者の割合 | | | | |
| がん相談支援センターは、高齢がん患者が抱える相続、遺言、成年後見人等の選任に関する問題に対して、関係機関との連携による相談支援を行う | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 中間アウトカム | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
| 【高齢者】高齢のがん患者のガイドラインに則った治療が行われている | | | | |
| 医療者調査 | ガイドラインに基づいた治療が実施されている割合 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 【高齢者】ライフステージに合わせた適切な情報提供が行われ、QOLの観点を含めて意思決定支援体制が整備され、支える家族の悩みや負担が軽減している | | | | |
| | アドバンスドケアプランニングの実施数 | | | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 成人問30-2　家族の悩みを相談できる場所があると思う患者・家族の割合 | 47.1 | 52.6 | NA |
| | | | | |

| 最終アウトカム | | | |
|---|---|---|---|
| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 |
| 【高齢者】ライフステージに合わせた適切な情報提供が行われ、QOLの観点を含めて意思決定支援体制が整備され、のがん患者のガイドラインに則った治療が行われている | | | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 成人問20-10　「これまでの治療に納得している」と回答した患者の割合 | 77.4 | 85.4 |
| | 成人問35-7　自分らしい日常生活を送れている患者の割合 | 70.1 | 78.3 |
| | 高齢者の５年生存率 | | |

| |
|---|
| 二次医療圏 |

| 行わ高齢 |
|---|
| NA |
| NA |
| |

資料７

## ８ それぞれのがんの特性に応じた対策（希少がん・難治がん）

### 施策

| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
|---|---|---|---|---|
| 沖縄県は、第７時医療計画に基づき専門的医療機関の選定を行い、２年ごとに更新を行う | | | | |
| | 専門医療機関の選定の改訂数 | | 1 | NA |
| 全ての医療機関は、難治がん患者を、上述の専門的医療機関の選定に基づいて、適切な医療機関に紹介する | | | | |
| | （院内がん登録）専門医療機関に紹介された希少がん患者の割合 | | | NA |
| 全ての医療機関は、希少がん患者を県拠点病院に紹介する | | | | |
| | （院内がん登録）県拠点病院を紹介された希少がん患者の割合 | | | NA |
| 県拠点病院は、希少がん毎の専門家を招いて、県内の希少がん医療が適切に機能しているかを評価する | | | | |
| | 毎年評価をしている希少がんの数 | | | NA |
| 全ての専門医療機関は、難治性がんに関するQI評価を行い、毎年フィードバックを行い、医療の質の向上に努める | | | | |
| | QI評価をしている専門医療機関の割合 | | | NA |
| | | | | |
| 全ての医療機関は、希少がん患者を県拠点病院のがん相談支援センターを紹介し、必要な情報提供を受けられるようにする | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

### 中間アウトカム

| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
|---|---|---|---|---|
| 希少がんや難治がんの患者が適切な医療機関に集約され、適切な医療および情報提供を受けられる体制が整っている | | | | |
| | 治験や臨床試験に参加した希少がん患者および難治がん患者の数 | | | |
| 院内がん登録 | 拠点病院や専門的医療機関で治療を受けた希少がん患者および難治がん患者の割合 | | | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 成人問20-8　専門的な治療を受けられた希少がん患者の割合 | 全体 78.7 希少 80.0 | 全体 87.2 希少 NA | NA |
| | 成人問10　確定診断までに１か月未満の希少がん患者の割合 | 全体 71.5 希少 66.4 | 全体 72.7 希少 NA | NA |
| | 成人問11　確定診断から治療開始まで１か月未満の希少がん患者の割合 | 全体 62.2 希少 72.3 | 全体 66.4 希少 NA | NA |
| 患者やその家族が、必要充分な情報提供受けられ、適切な相談支援を受けられる体制が整っている | | | | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 成人問15-1　治療決定前に十分な情報があった希少患者の割合 | 全体 75.0 希少 75.7 | 全体 71.4 希少 NA | NA |
| | 成人問15-2　納得いく治療を選択できた希少がん患者の割合 | 全体 79.0 希少 81.4 | 全体 79.3 希少 NA | NA |
| | 成人問20-1　治療ｽｹｼﾞｭｰﾙに見通しが持てた希少がん患者の割合 | 全体 75.1 希少 75.7 | 全体 83.3 希少 NA | NA |

### 最終アウトカム

| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
|---|---|---|---|---|
| 希少がんおよび難治性がん患者が適切な医療を受けられている | | | | |
| 地域がん登録 | 希少がんの5年相対生存率 | | | NA |
| | 難治がんの5年相対生存率 | | | NA |
| 希少がんおよび難治性がん患者がQOLを保ちながら安心して生活が送れている | | | | |
| 患者体験調査(%)（2018年） | 成人問20-10　受けた治療に納得している希少がん患者の割合 | 全体 77.3 希少 77.5 | 全体 85.4 希少 NA | NA |
| | 成人問35-7　自分らしい日常生活を送れている希少がん患者の割合 | 全体 70.5 希少 69.2 | 全体 78.3 希少 NA | NA |

資料８

# 沖縄９　離島・へき地対策

## 施策

| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
|---|---|---|---|---|
| 診療病院は、機能を充実させて、放射線治療を除く、手術療法（大腸、乳房、胃、前立腺、子宮、皮膚）と薬物療法（大腸、肺、乳房、胃、前立腺、肝及び肝内胆管、子宮、膵臓、胆嚢及び胆管、皮膚、血液）に関しては標準治療が行えるようにする | | | | |
| （離島・へき地部会によるアンケート調査）がん種ごとの手術、薬物療法の標準治療が可能な診療病院の割合 | | | | |
| 専門医療機関（含む拠点病院）と離島及びへき地の医療機関（含む診療病院）は、地域連携パスの利用を徹底することにより、離島およびへき地のがん患者さんのフォローアップは、地元の診療所ないしは診療病院で行うようにする | | | | |
| （離島・へき地部会によるアンケート調査）経過観察等で地元に戻ったがん患者の割合（難しければ実数）<br>＊代替指標候補<br>・がん治療連携計画策定料１<br>・がん治療連携計画策定料２<br>・がん治療連携指導料<br>・がん治療連携管理料<br>・外来がん患者在宅連携指導料 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 離島及びへき地の医療機関は、すべてのがん患者に対し、地元の診療病院で可能な治療内容について情報提供を行う | | | | |
| （離島・へき地部会によるアンケート調査）離島へき地のがん患者さんに対して、地元でできるがん治療について十分な説明があった患者の割合（診療病院の患者さんに対する患者体験調査） | | | | |
| 県は県診療連携協議会と共同で、がんの診断、治療、経過観察、在宅医療が可能かどうかを、毎年調査し、その結果をすべての医療機関と共有する | | | | |
| （離島・へき地部会によるアンケート調査）調査結果を医療機関と共有した割合 | | | | |
| 県は県診療連携協議会と共同で、市町村、地区医師会、診療病院と協力し、上述の調査結果をウェブサイトに公開するとともに、冊子にまとめて毎年無料配布を行い、その内容を理解する県民の増加に務める | | | | |
| （県民世論調査）地元でできるがん医療について知識を持っている住民の割合<br>（県庁およびがんじゅうのウェブサイトの更新割合） | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 県と市町村は協力して、離島・へき地のがん患者に対して、がん診療のための渡航費や交通費及び宿泊費を助成する | | | | |
| 交通費・宿泊費補助を行っている市町村の割合、市町村補助金決算額、補助金交付人数<br>・沖縄県離島患者等支援事業実施市町村数（沖縄県離島患者等支援事業補助金交付要綱） | | | | |

## 中間アウトカム

| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
|---|---|---|---|---|
| 離島・へき地に住む患者さんが、地元の医療機関で標準治療が受けられる環境が整っている | | | | |
| 院内がん登録 | 地元の診療病院で、手術療法（大腸、乳房、胃、前立腺、子宮、皮膚）と、薬物療法（大腸、肺、乳房、胃、前立腺、肝及び肝内胆管、子宮、膵臓、胆嚢及び胆管、皮膚、血液）の治療を受けた患者の割合 | | | |
| ２患者体験調査(%)（2018年） | 問20-12紹介先の医療機関を支障なく受診できたと思う人（転院したことがある人） | 83.4 | 80.9 | NA |
| | 問20-13希望通りの医療機関に転院することができた人（転院したことがある人） | 79.2 | 85.7 | NA |
| 離島・へき地のがん患者が、地元でできるがん治療についての十分な知識を持ったうえで、自ら治療する医療施設を選択している | | | | |
| ２患者体験調査(%)（2018年） | 問15-1決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人 | 75.2 | 70.4 | NA |
| | 問15-2納得いく治療選択ができた人 | 79.6 | 79.3 | NA |
| 離島・へき地のがん患者が、十分な経済的支援が受けられている | | | | |

## 最終アウトカム

| 指標番号 | 指標 | 全国 | 沖縄 | 二次医療圏 |
|---|---|---|---|---|
| 離島およびへき地のがん患者が、安心・安全・適切な医療を受けられている | | | | |
| 全国がん登録 | 北部、宮古、八重山医療圏および本島周辺離島の患者の5年相対生存率 | | | NA |
| ２患者体験調査(%)（2018年） | 問23がんの診断・治療全般に関する総合的な評価の平均点 | 8.0点 | 8.4点 | NA |
| | 問20-10これまで受けた治療に納得している人 | 77.3 | 85.4 | NA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 県は、琉球大学病院（または拠点病院）の近くに、離島及びへき地の患者や家族の宿泊施設の整備を検討する（整備を行う） | | | | |
| 宿泊施設の整備について公的な委員会等で検討した回数（拠点病院近くに整備された施設数） | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 全国がん登録 | 交通費および宿泊費補助を受けている患者の割合 | | | |
| ２患者体験調査(%)（2018年） | 問18　治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人 | 5.0 | 4.0 | NA |
| | 問19　医療を受けるための金銭的負担が原因で生活影響があった人 | 27.1 | 37.1 | NA |

資料９

# 令和3年度第2回沖縄県がん診療連携協議会協議会
# 議事次第 案

日 時：令和３年８月６日（金）　１４：００～

場 所：大会議室　WEB開催の可能性有り

| 議事要旨等 | 資　料 | 備　考 |
|---|---|---|
| １．令和３年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(7月12日開催) | 資料１ | |
| ２．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月7日開催) | 資料２ | |
| ３．令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要録(5月7日開催) | 資料３ | |
| ４．協議会・幹事会・部会委員について | 資料４ | |
| ５．令和３年度の協議会・幹事会の開催の日時について | 資料５ | |
| **有識者報告** | | |
| １．埴岡委員報告 | 資料６ | |
| ２．天野委員報告 | 資料７ | |
| ３．島委員報告 | 資料８ | |
| **審議事項** | | |
| １．沖縄県における「ライフステージに応じたがん対策」分野の進捗状況について | 資料９ | |
| ２．沖縄県における「それぞれのがんの特性に応じた対策」分野の進捗状況について | 資料１０ | |
| ３．沖縄県における「離島及びへき地対策」分野の進捗状況について | 資料１１ | |
| ４．その他 | | |
| **報告事項** | | |
| １．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について | 資料なし | |
| ２．沖縄県におけるがん対策費について(平成28年度～令和3年度の予算及び決算の推移) | 資料１２ | |
| ３．患者会よりの報告 | 資料１３ | |
| ４．がん教育について | 資料１４ | |
| ５．北部地区医師会病院と琉球大学病院との定期的なカンファレンスについて | 資料１５ | |
| ６．がんゲノム医療について | 資料１６ | |
| ７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について | 資料１７ | |
| ８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告 | 資料１８ | |
| ９．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について | 資料１９ | |
| １０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議 | | |
| （１）第１６回厚生科学審議会がん登録部会 | 資料２０-（１） | |
| （２）第１回がんの緩和ケアに係る部会 | 資料２０-（２） | |
| （３）第１回　第８次医療計画等に関する検討会 | 資料２０-（３） | |
| １１．その他 | | |
| **部会報告事項** | | |
| １．医療部会 | 資料２１ | |
| ２．緩和ケア・在宅医療部会 | 資料２２ | |
| ３．小児・AYA部会 | 資料２３ | |
| ４．離島・へき地部会 | 資料２４ | |
| ５．情報提供・相談支援部会 | 資料２５ | |
| ６．ベンチマーク部会 | 報告なし | |

資料１０

# 沖縄県のがん対策関係予算（平成28年度 ～ 令和3年度）

※千円未満四捨五入　　（単位：千円）

| No. | 事業名 | | 平成28年度（2016年度） | 平成29年度（2017年度） | 平成30年度（2018年度） | 令和元年度（2019年度） | 令和2年度（2020年度） | 令和3年度（2021年度） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 地域がん診療連携拠点病院機能強化事業費 | 当初予算 | 45,188 | 45,188 | 44,119 | 44,120 | 44,100 | 41,800 |
| | | 決算 | 40,899 | 43,749 | 42,967 | 37,967 | 41,310 | |
| 2 | がん医療連携体制推進事業 | 当初予算 | 36,212 | 33,992 | 32,839 | 30,231 | 26,560 | 23,836 |
| | | 決算 | 21,072 | 24,127 | 25,861 | 26,049 | 22,279 | |
| 3 | 離島患者等通院費支援事業<br>※予算額にはがん以外の疾病等も含む | 当初予算 | － | 新 23,000 | 13,405 | 14,481 | 15,597 | 14,751 |
| | | 決算 | － | 6,894 | 10,403 | 15,310 | 14,629 | |
| 4 | がん対策推進協議会運営事業費 | 当初予算 | 2,553 | 2,527 | 2,397 | 2,339 | 2,260 | 2,034 |
| | | 決算 | 12,171 | 498 | 99 | 66 | 0 | |
| 5 | 肝炎治療促進事業費 | 当初予算 | 93,534 | 80,274 | 73,749 | 46,847 | 44,722 | 44,538 |
| | | 決算 | 76,226 | 67,644 | 58,836 | 46,685 | 45,747 | |
| 6 | がん予防対策推進事業 | 当初予算 | 19,291 | 12,257 | 終 － | － | － | － |
| | | 決算 | 12,623 | 7,827 | － | － | － | |
| 7 | 女性のがん検診等普及啓発事業費 | 当初予算 | 1,109 | 1,109 | 終 － | － | － | － |
| | | 決算 | 436 | 774 | － | － | － | |
| 8 | がん検診充実強化促進事業 | 当初予算 | － | － | 新 35,248 | 31,156 | 30,355 | 25,986 |
| | | 決算 | － | － | 27,132 | 27,193 | 25,124 | |
| 9 | がん医療提供体制充実強化事業<br>※地域医療介護総合確保基金 | 当初予算 | 新 ＊ 9,910 | 46,380 | 28,920 | 終 － | － | － |
| | | 決算 | 5,759 | 46,380 | 23,966 | － | － | |
| 10 | がん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療促進事業<br>※地域医療介護総合確保基金 | 当初予算 | 新 6,239 | 8,239 | 7,239 | 4,604 | 4,594 | 終 － |
| | | 決算 | 2,612 | 5,281 | 4,446 | 3,002 | 4,594 | |
| 11 | がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業 | 当初予算 | － | － | － | － | － | 新 2,684 |
| | | 決算 | － | － | － | － | － | |
| | | 予算合計 | 214,036 | 252,966 | 237,916 | 173,778 | 168,188 | 155,629 |
| | | 決算合計 | 171,798 | 203,174 | 193,710 | 156,272 | 153,683 | |

※がん対策関係予算：がん対策を主な目的としている予算

＊ 補正予算額

新 ：新規事業

終 ：事業終了

『命どぅ宝』と言うけれど　　**～あなたならどうしますか？～**

◎○○さん、7 番診察室へお入り下さい。　失礼します
「あー○○さん・・・わざわざ石垣から(どうぞどうぞと椅子を勧める)早速ですが切りましょうね」
座りかけていた私は一気に立ちあがりました・・・
『は？何を？何で？どんなに？いつ？・・・』様々な疑問形を医師に投げかけたのを記憶しております。
「はい、色々と検査した結果ほぼほぼ癌で間違いないでしょう・・・大きさは 1.5 ㎝くらいで乳首の下にあります、触診で気付かなかったのも仕方ないです。出来ている場所は乳首の真下で陰影として見落とされる事もあるんです」
今や生涯において何らかの癌に罹患する率は 2 人に 1 人と言われています。
私の場合は乳がんでした、乳がんは 11 人に 1 人の確立だそうです。
これから、私の体験を基に『ぴあサポート』活動を通し仲間たちと交流していく中で垣間見えてきた
離島医療の現状、生活環境の変化、そして心理状態についてお話させて頂きます。
　2016(平 28)10 月初旬　職場検診を受ける、(たまたまマンモグラフィーも受ける)
数日後、検診病院からマンモグラフィーで HIT したので再検査依頼の電話があった。
後日、エコー検査を行う。結果ほぼ間違いないといわれるが、自分は専門ではないので・・・再来週、乳腺専門医が来るからその時に組織検査を・・・と説明うける　(10 月中旬)
納得いかなかった私は、本島にある専門医に電話で状況説明し予約、受診する。(10 月下旬)
(これは私の主観的感想)
まず、突然あの様な『あなたは癌ですよ』的な宣告を受けます。
当然ビックリしてパニックになります、頭の中…真っ白になりますね
私は看護師です。これまで働いてきたので色々と学び、医療的な知識はあるつもりだったのですが・・・それでもビックリしました。
その日のうちに、更に詳しく調べるために患部の数か所から細胞を取ります。
で・・・結果が出るのは 3 週間後なので、その頃にまた来て下さいって言われるんです(10 月下旬)
(往復運賃＋診療費＋宿泊費＝**約６万円**)
　11 月中旬、結果聞くため再び那覇へ・・・
『浸潤性悪性乳癌』と診断される。
なんかもう・・・返す言葉もありませんでした。そこからは素直に従います…ていうか頭の中真っ白、ボーッとなったまま次の予定を入れて行くのです。
術前検査の日程調整、オペ日の決定・・・
検査に影響を及ぼすから風邪ひかないようにとか、ケガしないようにとか説明され、次の受診予約をしてクリニックをでます。(職場に連絡、状況を説明したらその日から長期休養となった。)
(往復運賃＋診療費＋宿泊費＝**約３万５千円**)
また予約日程に合わせて那覇へ・・・
術前検査は 2 日間行います。(往復運賃＋診療費＋宿泊費＝約 7 万円)
で、結果説明と術式やその他諸々のことを決めていくので・・・また、来週来れますか？ってなるのです。
ここまでの話で何かお気づきの点はありますか？
そうです！それに掛かる費用です。(この時点で**約１７万円**使っています。)
私の場合は有り難いことに、もうそこら辺から・・・(何回も往復している事)
見かねた友人が「こんなに大変だとは・・・家でよければ」って自宅に居候させてくれました。
10 日間ほどお世話になりました。お陰様で滞りなく済ませ石垣へ戻り、年末年始を家族と過ごしました。

で、年明け早々再び那覇へ・・・(片道運賃＝約１万円)
OPE のため入院。無事 OPE も終え、経過も良好…やっと帰れる！って思い退院前の勉強会にも参加。
そこで又、驚く事く一言が・・・「癌は取ったら終わりではなく、闘いはこれからです！頑張りましょう！」
確かに、説明の中で抗がん剤治療、放射線治療、ホルモン療法・・・その他いろいろ・・・『癌』と診断された時にもあったはず・・・(全く覚えてない) (2017.1 月)
看護師として恥ずかしい話だけど、自分には関係のないことだ！って、勉強会の間もずーっと思っていました。
『ステージ 1』だし…取ったら終わり、で…あとは薬を飲んで・・・って
そう思っていたのですが・・・本当の闘いはこれからだったようです。(入院費用は約 9 万円)
※所得に応じてランク分けされているので高額医療になってくるとそれぞれの金額は異なってきます。
これは後で説明します。
とりあえず 3 週間後に抜糸を兼ねて病理の結果を聞くために再度受診します。
私の場合、放射線とホルモン療法が適していると判断され、その治療を受ける事となる。
で、専門医では放射線治療が行えないため、更に別の病院へ行きます。
そこで色々と検査したり、照射部位や、角度決め、あとは放射線医との面談の後に治療開始日を決めていきます。
(２医療機関合わせてかかった交通費、医療費は**約３万円**。)
放射線治療開始前日には癌の専門医に入院して、そこから毎日(月～金)タクシーで放射線治療に行くのです。《タクシーチケットがあったので助かりました》
そんな入院生活の中、石垣の人に出会いました・・・
なんでさー5 年間の治療って続けきれないのかね～・・・なんで途中でやめる人が出てくるのかなー・・・って話し合ったりしていました…
　この辺から段々と謎が解けてきました。
入院費用と放射線治療費は施設が違うので勿論支払いも別になります。
しかし、日本という国は大変恵まれていて『国民皆保険制度』というものがあり
高額医療費限度額認定を受ければ所得に応じてランク分けされますが、ある一定の額で賄えます。
私の場合は
入院費＝**約８万円／月(8 万円×２か月＝１６万円プラスα)**
放射線＝**約５万円／週(5 万円×５週＝25 万円プラスα)**
お金の話ばかりで大変申し訳ありませんが・・・これが現実です！
でも、決めたのは自分です・・・もうやるしかないんです。
『命どぅ宝』って言葉がありますよね？
これは「命こそが宝だよー」の解釈で宜しいでしょうか？
しかし、この大切な命もお金がなくては守れません！
1 か月半に及ぶ入院生活と放射線治療を終え…3 月中頃無事石垣に戻ってきました。
とりあえず 4 月いっぱいは休職しました。5 月から職場復帰です。
職場復帰して感じた事！
思うように体が動かない・・・ちょっと疲れたら熱が出たり、ものすごい倦怠感があったりって
これは職場のせいではなく
薬の副作用だったり、免疫力、体力低下だったり、自身に置かれている環境の変化に心と身体がついて行けてない・・・これは次第に窮屈になり自分を追い詰めていくようになります。
私事で大変恐縮ですが・・・
30 年前に父親を癌で亡くしております、現在は母親を扶養し 2 人で生活しています。
それに加えて治療や検査のため 3 か月に 1 回のペースで那覇へ行きます。

身体はキツイ、でも働かないと生活ができない・・・この繰り返しです。
身体が環境に慣れるどころか、どんどんどんどん身体はキツクなってきました。
精神的にも参ってきます・・・そこで気付くんです。
あ！こりゃ無理だわって・・・・・・・・
職場に復帰して 1 年・・・なんだか限界になってきて、体重も 1 か月で 10 kg減、摂食障害、味覚障害です。近医、心療内科医から「これ以上の就労は困難」と判断され
2018.6 月）再度休職
2019.1 月）退職
協会けんぽは傷病手当金が支給されますが、それでも生活は厳しいです。
国保の場合は傷病手当金の様な支援がないと聞きました・・・今回の休職〜退職に至り
知る限りの行政機関、福祉関係へ相談に行ったりもしましたが・・・微妙な制約？みたいな
ほんとに微妙なラインでことごとく却下され現在に至ります。
ちゃんと税金を納めていてもこの様な対応では困りますよね。私よりももっと困っている方も多いかと思います。
そんな時に思えてくるんです・・・
せめて陸続きだったら・・・医療技術が、医療設備が充実していれば・・・って
タラ、レバ話ではないけれど・・・実際この問題に直面した時に思えてくるんです。
石垣に住んでてもこの程度の悩みですよ、更に離島はどうなんでしょうか？大丈夫ですか？
有難いことに私は医療従事者でした。
なんでも話せる医療関係者がいます、主治医に対しても無遠慮に疑問や怒り不満をぶつける事もできた、それでも悶々と過ごしてきた。
言いたいことも言えず、聞きたいことも聞けず・・・たとえ言ったとしても向き合ってもらえず悔しい思いをしてきた患者の気持ちは計り知れない。
よく、こんなに大変なら石垣でできないの？って聞かれます。
出来なくはないです、でも何かイレギュラーな事が起きたら「ここではできないから・・・」ってなります。
担当医が変われば方向性も変わってきます・・・またそこで戸惑うくらいなら、最初から関わってきた医師にっていうのが本音ではないでしょうか？(信頼関係)
今回、生活が苦しくなった時に主治医に相談しました。
検査はここに来る、でも薬処方は石垣でもできるから・・・薬処方のための通院ってどうにかできないかな？
「出来なくはないけど、医師が変われば当たりも、考え方も違ってくるよ・・・それでもいいの？」
ん？・・・先生はうちの事を診たいの？あーんなに好き勝手言われてるのに？嫌にならないの？
「だからこそ・・・できれば最後まで責任をもって経過を診たいです」って
有難いですよね(出費は大変だけど・・・)
普段から交流のある医師に聞きました『病気になったとき先生ならどうする？』
「自分なら石垣ではやらないなー」の返答でした。なんか面白いですね
実際『癌』になって本当に大変だった事ってどんな感じ？と聞かれることがあります。
迷わず答えます。それは、偏見です。
恐らく相手は気付いていません、病気はもちろん特にこの『癌』という病気は更に厄介です。
ただでさえ気持ちは落ち込んでいます。それを周りのちょっとした言葉だったり、態度だったりが…
本当に自分でも気付かないうちにグサッグサッと突き刺さっていくんです。
別に可哀想だとか、大変そうだ・・・と思って欲しい訳ではないと思います。
本当に自分でもどうしていいのか、何をしたいのか・・・自分の事なのに何もかもが迷子になっているのです。
そんな時は一言『大丈夫？』って声をかけてください。

不思議な事に少しだけ前を向けるようになるのです。
全国各地で癌の啓発運動(活動)が盛んになってきています。先月は乳がん月間でした。
沖縄でももちろんCMやチラシ、ポスター、SNS発信など色々と駆使して呼びかけをしています。
が、その後のフォローはできていますか？検診拠点病院と行政機関が連携してお互いのちょっとした情報交換をして対象者のフォローができれば、今後の検診受診率もグンとあがり、早期発見できる事も多くなると思います。
もちろん、個人情報の問題も出て来ると思うので・・・『癌』と診断された方の同意の基、各機関で連携を取り全面的にサポート体制が整えば安心して治療に専念できると私は思いました。
これまでの『ぴあサポート』活動を通して感じた事、多数の意見、その仲間たちの声をまとめてみました。
不快な思いをされるかもしれませんが・・・これが殆どの患者の本音です。当事者の声です。

**～医療関係者へ～**

患者に時間をください。聞きたくても聞けず、言いたくても言えない仲間が沢山いました。
・・・5分でもいいです。
うまく吐き出させてください、向き合ってください、声に耳を傾けてあげてください。
とにかく訳も分からず辛いんです、怖いんです。どうしていいのかわからないのです、助けて下さい。
私が鬱だった頃、現実逃避したくなって病院に助けを求めたときに
『今回は入院させるけど…ここは貴方のような精神科がくる所じゃないよ！』とお医者様に言われた事もありました。物凄く傷つきましたが休養するには我慢するしかありませんでした。
時に言葉は凶器にもなります、発言には十分お気をつけください。
私も気を付けます。

**～行政へ～**

支援制度などもう少しアピールして欲しいです。
督促はよく届くけどそういった支援の通知とかないですよね？
担当ではないからわかりません！ではなく
ここではないけど○○課に行って下さいとか、わからないなら調べて教えてあげるとか
もう少し前向きな姿勢をみせてください。市民ファーストで・・・
ある手続きで仲間を連れて窓口へ行った時にちょっと不服を言ったら
『まぁー言うても…これも税金で賄われてますからねぇー』ってチャラチャラした職員に言われました。
私たちだって税金を納めています。
～周りの人へ～
恐らく…どう接していいのか、どう声掛けしていいのか・・・わからないですよね？
不思議な事に病人とはある意味…わがままで自分勝手です
寂しいけどかまって欲しくない…ほっといて欲しい…でも淋しい・・・要はつかず離れずでそっと見守る。
で、おやおやおやーってなった時に叱咤激励するのではなく「大丈夫？」って聞かれるだけで安心できると思います。元気そうに見えても心や身体は傷ついています、自分の気持ちを誤魔化すために明るく振舞っています、ふざけたり、笑ったりします。笑ってるからって何を言ってもいい訳ではないんですよ。
夜1人になった時に物凄―――い不安と恐怖、そして孤独感に襲われる。実際、自分でもどうしていいのかわからない状況なんです。ご理解ください。

**～闘病中の方へ～**

辛いとき、苦しい時は言って下さい！吐き出してください！
吐き出せる所がないのなら私たち仲間がいます、八重山病院には相談室があります活用してみて下さい。
辛いことが多くてほっといてくれ！ってなる事もありますが、吐き出し共感できる人がいれば

意外と気持ちが楽になるものです。バンバン吐き出すんです、涙あり、笑いあり、学びあり何だか心が軽くなるものですよ。
私は、同じ一日を過ごすなら少しでも明るく過ごしたい！と思っています。
『大丈夫！』この言葉に100%の保証はありませんが…でも『大丈夫』って言ってると本当にそうなる様な気がします。
ちょっとそれますが・・・八代亜紀さんの『だいじょうぶ』という歌を聴いてみてください、歌詞をよく読んで、聴いてこの詩に込められた意味を理解してみたら・・・すごくやる気がでますよ！

**（まとめ）**

癌治療を開始してやがて3年になります。今もなお、不安との闘いです。お金の事を含め社会的不安、身体的不安はありますが・・・おかげ様で精神的不安は和らいでおります。
今だから思える事・・・去年までは物凄い鬱がひどくてしんどかったです1日が長く感じた。悔しい思いも沢山してきた。で、同じ境遇にいる友人と出逢い全てを吐き出し共感出来たことにより前向きになれ今があります。
ある意味、私は『癌』という病気になって良かったなって思っています。
これまで医療現場にいても、ここまで奥深く理解することが出来なかった患者の本当の苦悩、寂しさ、悔しさなど…身をもって体験する事ができました。これは多分、当事者にしかわからない特権だと思う。
これまでに支払ってきた授業料は決して安い額ではありません。
しかし、この経験は目には見えないけど大きな財産となりました。
それは心です。（沖縄でい良く耳にする～肝心～《キィムグクル》）
心って本当に大切だと思います。
本当に最後になりましたが
皆さんどうでしたか？これが実情です患者の心の声です。これでもだいぶ抑え気味に発表していますが、当事者が抱えている問題はまだまだあります。
私は今でも3か月に1回は那覇まで通院しています。
癌患者の中でも見事に治療を終え生活している人、現在闘病中の人、治療を諦めた人、自ら命を絶った人、激闘の末天命尽きた方。
自身の経験を通して感じた事は生きるってこんなに大変なんだ！心の底からそう思います。
頑張って頑張って闘い天命尽きた方の無念さはいかばかりかと拝察いたします。
謹んでご冥福をお祈りすると供に『お疲れ様でした』の言葉を捧げます。
生涯において何らかの癌に罹患する確率は2人に1人の時代です。
もし！貴方が、あなたの大切な家族が、大切な人が・・・この様な状況に陥った時
～あなたならどうしますか？～

資料１１-(２)

宮 議 第 ２６４ 号
令和３年６月２５日

ゆうかぎの会 一同
会長　真栄里　隆代　様

宮古島市議会
議長　山里　雅彦

宮古島市議会議長印

陳情書の処理結果について（通知）

令和３年（2021 年）５月 31 日付で提出された下記の陳情書は令和３年第４回宮古島市議会定例会（６月）６月 22 日の会議において下記のとおり処理されましたので通知します。

記

１　件　名
陳情書第 13 号　がん治療に伴う脱毛で悩むがん患者支援に関する要請

２　結　果　　採　択

３　理　由　　上記の件については、陳情書の趣旨を了とし採択と決しました。

2021.6.29



月29日までに送信する。電話問い合わせは不可。詳細は市公式ホームページに公募要領、使用書、申請書などの様式を掲載している。

# 難病渡航費拡充など要請

## 市内患者支援4団体 離島不利性解消で

元患者などで組織される市内の難病患者支援4団体の会員らは24日、市役所に座喜味一幸市長を訪ね、がん・難病等渡航費助成事業のさらなる拡充などを要請した。市議会会派市民ネット結の島尻誠、仲里タカ子、下地茜の3氏も同席。座喜味市長は「しっかり検討し対応したい」と答えた。

参加したのはゆうかぎの会（真栄里隆代）、乳がん患者の会まんま宮古（深澤麗子会長）、日本オストミー協会沖縄県宮古支部（下地一正支部長）の3団体。このほか沖縄県友声会宮古支部（上里弘志部長）も署名。

宮古島市は13年以降がん、難病等渡航費助成事業を行っており、他の市町村に先駆け不妊治療にも支援枠を広げている。17年から県の半額支援も始まり、年度内1万円から1万3千円と増額された。20年度の延べ実績でがん患者186人、付き添い人42人に計388万円が支給された。

真栄里会長は「とても力強い支援に感謝しているが、平均年収200万円程度の宮古島ではさらなる支援が必要」と要請文を読み上げた。患者の事例も手渡し、宮古島に放射線治療の機械がないほか、難しい手術や血液、稀少がんなどの治療も不可能と説明、「どこに住んでいても命の重さは平等」となるには行政の後押しが必要と述べた。

深澤会長は「出産には期限があり不妊治療も回数が必要。手続きの簡略化もお願いしたい」と要請。

下地支部長は「大腸がんなどでオストミー（人口肛門・膀胱）を付けている人のため、災害時に備え交換用装具を市で備蓄していただきたい」と要請した。



要請書を手に撮影に応じる（左から）下地支部長、座喜味市長、真栄里会長、深沢会長ら＝市役所応接室

**NPO 法人パンキャン（PANcreatic Cancer Action Network）ジャパン沖縄支部**

膵臓がん患者・家族支援団体 NPO 法人パンキャンジャパンは、米国非営利団体パンキャンの日本支部として 2006 年に設立されました。

パンキャンの 3 つの使命

① 早期発見、治癒につながる研究を促進するために研究者・医療者を支援すること

② 患者・家族をサポートすること

③ 希望をあたえること

【沖縄支部設立経緯】

難治性がんである膵臓がんの患者・家族は、より良い治療の情報を求めていると思われます。特に沖縄県は島嶼県であり、県外への情報収集に時間・コスト・体力を費やし、患者・家族の負担は非常に大きいと考えます。沖縄県内で最新の情報を得られ、患者・家族同士が情報交換の場として交流することができ、少しでも安心した療養生活が送れることを目的として、沖縄県支部を 2018 年 4 月に設立しました。

【沖縄支部役員および構成員】

患者・家族・遺族　沖縄支部会員・・・6 名

支部長・・・・1 名

顧問医師・・・3 名

ボランティアスタッフ・・・名（看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士　他）

【今年度活動予定内容】

●電話相談・・・適宜受付

1～3 名/月程度の相談あり：治療・主治医との関係・薬の副作用・最新治療・セカンドオピニオンについて

●固定患者会（パープルサロン）・・・年４回（1 回/3 か月・土曜日）

場所：会場とオンラインでのハイブリット形式

内容：ミニレクチャー（講師：薬剤師・栄養士・MSW・理学療法士・その他専門家の方々）と茶話会

会報誌の配布：膵臓がんの最新情報・患者会（患者・家族・医療者）のコラムを掲載

●市民公開講座・・・年１回　6 月に開催予定

場所：会場とオンラインでのハイブリット形式

対象者：患者・家族・一般市民・医療者

内容：膵臓がんの最新情報（治療・検査等）・ACP について

※オンラインでの開催となり、全国から参加をいただいている。情報共有の範囲が広がり、がん診療・治療に関して全国各地の状況を患者・家族は知ることができるようになっている。

NPO パンキャンジャパン沖縄支部　活動報告

2021 年 7 月 1 日

●第 2 回膵臓がん市民公開講座 in 那覇

日時：2021 年 6 月 26 日（土）13:00～15:00

13:00～14:00　講演

14:00～14:30　質疑応答（事前アンケートより質問を収集）

14:30～15:00　交流会

場所：完全オンライン開催

講師：認定 NPO マギーズ東京／がん・感染症センター都立駒込病院　緩和ケア科

公認心理士　栗原幸江氏

内容：『こころのスタミナを育むヒント～気づく・つながる・分かち合う～』

COVID-19 の影響で大きく変わった「日常」。先行きへの不安や「これまでのあたりまえ」が奪われてしまうような大きな変化を世界中の人々が経験しています。がんを経験した方々やそのご家族は、その「激動の試練」を先んじて経験している先輩達。自らの経験を振り返り、気づいたり感じたり考えたりする中から、「こころのスタミナを育むヒント」が見つかるような内容となっています。

参加人数：34 名

事後アンケート内容（22 名より回答）

感想：●早く顔を合わせた患者会がやりたいですね。

●今回の栗原先生のお話は具体的で、実際に当事者の方と関わっていらっしゃるので会話一つでもその背後にある想いや事実を細かく汲みとってあげるなどの実践的な内容でとても参考になりました。今後も栗原先生や他にも同じような活動をされている方のお話を聴きたいです。

●家族の立場からは、色々話せる場がとても必要だと思います。

●オンライン出張オンラインでの講座をありがとうございました。とても丁寧なサポートを頂きお知らせいただきましたことに感謝してます。また、講師の栗原さんの話で勇気づけていただきました。ありがとうございます。サロン交流会とかあると、楽しそうです。

●全体的にとてもよかった。事前に質問も募集して、聞く方も有意義でした。

●資料がダウンロードできれば良いと思いました

●オンラインでの交流会の工夫が必要だとおもった。全体的に人数が多く画面も OFF の方も多く、発言しにくい雰囲気だったので小グループだったら話やすいかとおもいました。

膵臓がんの治療に関する情報はどのような方法で入手していますか

1，　**医師・病院（看護師・支援センター）**：14 **名**（66.7**%**）

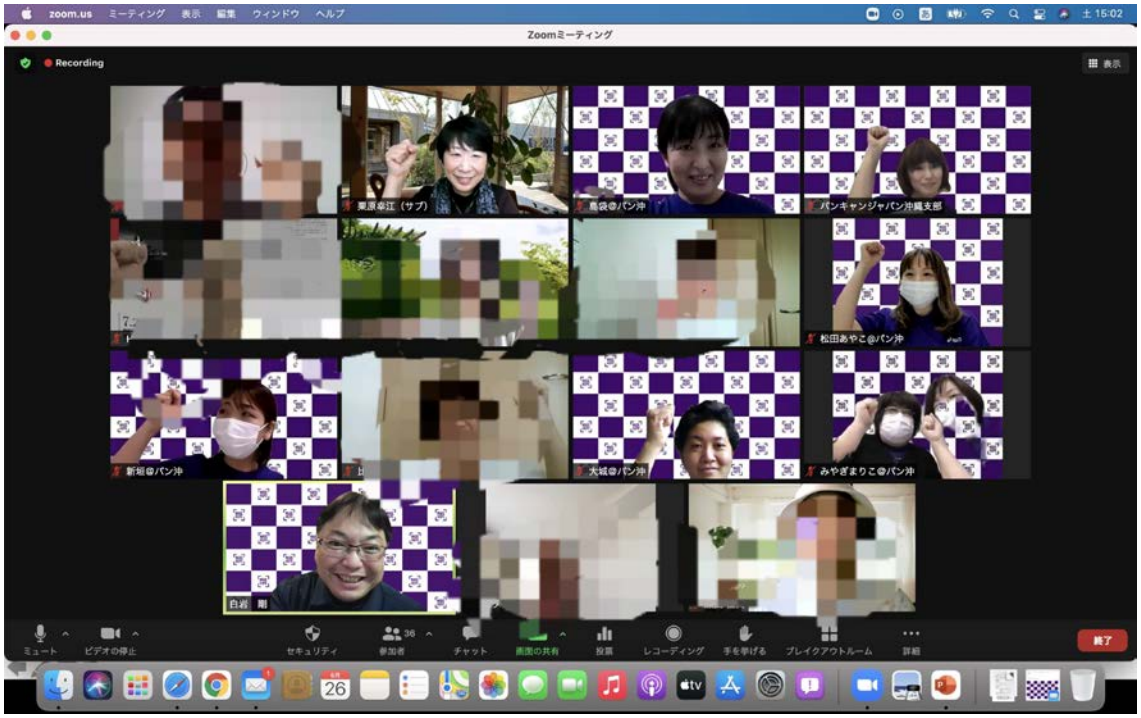
2，　患者会（HP・セミナー・SNS 等）：12 名（57.1%）

３，　　個人 SNS/ブログ：5 名（２３．８％）
３，　病院以外の医療関係者：5 名（２３．８％）

〇オンラインでの開催は、20 代～50 代が 19 名（86.4%）、60 代が 3 名（13.6%）であり、若い方が多い印象であった。
〇県内参加と県外参加は、半数ずつであった。
〇膵臓がん患者・家族 7 名（31.8%）、その他のがん種の患者・家族 4 名（18.2%）、医療関係者 8 名（36.4%）と、がん患者・家族の参加は 50%であったが、今回は医療関係者の参加が多かった（講師の認知度もあったかと思われる）。
〇オンラインでの開催は、交流会での発言が難しいようで、工夫が必要だと感じた。顔出しや発言がし易い工夫を今後検討していく。
〇治療に関する情報収集は、医師や病院が最も多かったが、患者会（HP・セミナー・SNS 等）と個人 SNS/ブログを合せると 80.9%と WEB 等を利用する人が多いことも分かった。

前回要望書を提出した内容にも関わるが、今後はオンライン活用での情報提供を積極的に行っていく必要性を感じた。また、情報収集は、医師・病院と患者会で行っていることが、全体をほぼ占めていた。そのため、医療者と患者会が共同でイベントを行うことは、患者・家族にとっては正確で安心できる情報確保の手段となるのではと感じた。

**オンラインでの様子**



# 文部科学省委託事業　令和３年度「がん教育総合支援事業」沖縄県計画書

## 令和３年度　事業計画書（案）

沖縄県教育委員会

1　事業実施期間　　令和３年６月15日　～　　令和４年２月28日

2　事業の趣旨・目的

学校におけるがん教育の充実を図るため、がんに関する正しい知識と正しい認識、命の大切さについて正しく理解させ、がん教育の普及・啓発を図る。

3　事業実施内容

（１）令和３年度　実施計画

| | 実施時期 | 計画事項 |
|---|---|---|
| 1 | ７月１４日(水) | 第1回協議会（がん教育の推進に向けた計画の検討） |
| 2 | ７月２６日(月) | がん教育研修会<br>①研修内容：学校におけるがん教育の推進について<br>令和２年度のモデル校における指導の工夫 |
| 3 | ８月～９月 | 外部講師養成プログラム策定委員会の開催 |
| 4 | ８月 | 第１回がん教育教材検討委員会 |
| 5 | ９月～10月 | 第２・３回がん教育教材検討委員会 |
| 6 | 10月 | がん教育外部講師養成講座 |
| 7 | 10月～11月 | 小中高モデル校公開授業（検証授業） |
| 8 | 12月～１月 | がん教育研修会②<br>研修内容：令和３年度モデル校における指導の工夫 |
| 9 | １月 | がん教育シンポジウム（文部科学省主催） |
| 10 | １月19日 | 第２回協議会（がん教育に関する計画の検証） |

（２）沖縄県連絡協議会の構成員

全体で17人
内訳：がん専門医(１)、医師会(１)、県衛生主管部局(１)、がん経験者(１)、
県教委(５)、県総合教育センター(２)、校長(３)、教職員(１)

（３）がん教育教材検討委員会

全体で１８人
内訳：がん専門医(１)、がん専門教授(１)、がん教育専門教授(１)、モデル校教諭(３)、
小中高代表(４)、県総合教育センター(２)、外部講師（３）県教委(３)

（４）外部講師養成プログラム策定委員会委員会

全体で８人
内訳：がん専門医(１)、がん専門教授(１)、全がん連会長（１）、
沖縄県がん患者団体（２）県外がん患者団体代表（２）、県教委(３)

（５）具太的な取り組み

①　モデル校教諭を中心とした効果的な指導方法の教材検討
②　モデル校による公開（検証）授業
③　教職員・関係者等への「がん教育研修会」の実施
④　研修会における実践発表
⑤　外部講師養成研修プログラムの策定及び実施

資料１３

令和３年度　第１回
北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議
議事要旨

日時：令和３年６月29日（火）16：00～17：00
場所：ＷＥＢ開催

（参加者３名）
北部地区医師会病院　副院長　柴山順子先生
副院長　照屋淳先生
外科外来医長　野里栄治先生
琉球大学病院　増田昌人（がんセンター）

（欠席２名）
北部地区医師会病院　病院長　諸喜田林先生

(陪席者２名)
琉球大学病院　有賀　拓郎　先生(診療情報管理センター)
石川　千穂（琉大病院がんセンター事務）

＜報告事項＞
１．令和２年度第１回北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議　議事要旨の確認
資料１の確認がされ、承認された。

＜協議事項＞
１．整備に関する指針における「グループ指定」で努力が必要な個所の確認について
資料１に基づき、両院における、(１)～(５)の努力が必要な個所について、現状の確認があり、それぞれ以下のようになった。
【参考資料末尾に添付：令和２年度第１回議事要旨(課題について確認用)】

（1）院内クリティカルパス一覧
琉大の院内クリティカルパス一覧が提示された。陪席の有賀先生より、北部地区医師会病院の方で希望があるタイトルがあれば、詳細について提示できる、また北部地区医師会病院からも提案があるパスがあれば琉大の当該診療科で同じパスを作成できるとの発言があった。野里委員と有賀先生を中心に、両院のクリティカルパス

の一覧を共有し調整することとなった。次回定期カンファ開催時、進捗を確認する。

(2)地域連携の会議体について

琉大の現状は、年 12 回の開催が必要。ホスピス病院の連絡会議に年に４～６回参加する等で対応しているが、開催数が不十分とのことだった(現在は、その連絡会議も新型コロナの影響で開催できてない)。北部地区医師会病院では、医療介護連携協議会で、がん関連、在宅の患者さんのケアについて等の議題をあげる提案をしているので、年１回の開催はクリアできそうとのことだった。

(3) グループ指定の HP 掲載について

前回開催時、北部地区医師会病院ではホームページは公開されているが、パンフレットでの情報提供は行われていないとのことだった。現在は、パンフレットのたたきが出来ており、最終確認をしているので、もうすぐ患者さんに配布できるとのことだった。

(4)病院間の PDCA サイクルの確保について

増田委員より、下記①～③について協力依頼があり、承認された。６病院相互評価訪問の開催については WEB 開催も検討される。

①今年度から WEB 開催の検討も含めて、６病院で開催すること。

②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。

③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくてはいけない S 項目を重点的にチェックすること。

(5)医療に係る安全管理外部評価について

琉大病院においては、資料１-(４)に記載があるように、外部監査を受けているとの説明があった。北部地区医師会病院においては、医療安全の連携をとっている病院と相互訪問をし、マニュアルの整備や安全対策の確認をもって評価としているとの説明があった。増田委員より、次回から実施調査の報告書をのこせば今後スムーズになると提案があり、承認された。

２．レジメンの登録、審査、管理に関する連携について

前回カンファレンス開催時、北部地区医師会病院においては、HP にレジメン一覧は公開されていないとのことであったが、現在はレジメン一覧が詳細な内容が公開されているとのことだった。

以上

以下、参考資料　前回議事要旨(課題について確認用)

## 令和２年度 第１回

北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議

**日　　時**　令和３年３月２９日（火）16：00～16：35
**場　　所**　WEB開催
**構 成 員**　５名（出席者４名）

北部地区医師会病院　病院長　諸喜田林先生
副院長　照屋淳先生
副院長　柴山順子先生
琉球大学病院　増田昌人（がんセンター）

（欠席１名）

北部地区医師会病院　外科外来医長　野里栄治先生

陪席者:1名　石川千穂（琉大病院がんセンター事務）

＜報告事項＞
１.「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の確認について
資料１に基づき、増田委員より、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」について
確認があった

＜協議事項＞
３.　整備に関する指針における「グループ指定」で特に努力が必要な個所の確認と、レジメンの登録審査管理の連携について確認があった。
増田委員より、資料１に基づき、グループ指定の要件について、以下のように照らし合わせがあった。

資料１-Ⅶ「地域がん診療病院の指定要件について」
１ 診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

**ア 我が国に多いがんを中心として、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。**

特に問題ないとのことだった。

**イ「確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。」**

諸喜田委員より、現況調査の際は、放射線科の先生に月１回来てもらっていること、定期カンファが行われていることを記載している、との回答があった。また、本連絡会議を年に数回定期開催することとなった。

**カ「地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行うこと。」**

諸喜田委員より、現況調査の際は、外科医、内科医を琉大から定期的に派遣してもらっていることを記載しているとの回答があった。

**キ 「標準的治療等の均てん化のため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。」**

琉大の方では院内クリティカルパスの進捗が遅いことが課題となっている。北部地区医師会病院の方では、がんの手術のパスと、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がんのパスがあり、レジメンも作成されて電子カルテにて活用しているとのことだった。

→貴院内クリティカルパスのご提示頂けますよう、お願い致します。

＊琉大の不足分と貴院の不足分を補い合えればと存じます。

**ク 「がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、定期的に開催すること。」**

特に問題なく、行われているとのことだった。

**シ 小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。**

北部地区医師会病院では小児がんの長期フォローアップは行われていないとのことだった。

② 手術療法の提供体制

**ア 我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。**

連携による提供の体制は、整っているとのことだった。

**イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。**

術中迅速病理診断を提供できる体制は、北部地区医師会病院単独で整備されているとのことだった。

③ 放射線治療の提供体制

**設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院 と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。**

北部地区医師会病院と琉大との間では連携はうまくいっているとのことだった。

④ 薬物療法の提供体制

**イ グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。**

この点は協議事項２で審議された。

⑥地域連携の協力体制

**グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 との連携により、Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件（後述）を満たすこと。**

**＊Ⅷ 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について**

**＜Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件＞**

**ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。**

北部地区医師会病院では、「沖縄県がん診療連携協議会」の公式サイト、「うちなーがんネットがんじゅう」にリンクできるよう掲載されているとのことだった。また、同じく

北部地区医師会病院においては、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備することに関しても、情報がHPに公開されているとのことだった。

**イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。**

北部地区医師会病院単独で、特に問題なく、整備されているとのことだった。

**ウ 当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。**

北部地区医師会病院においては、問題なく、十分提供されているとのことだった。

**エ がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携することが望ましい。**

北部地区医師会病院では、名護市内の個人開業歯科医と連携しているとのことだった。

**オ 我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。**

県全体で5大がん及び、前立腺がんの地域連携パスが作成されており、問題ないとのことだった。

**カ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。**

現在、北部地区医師会病院では、病院の中での看取りが多いが、在宅診療所と連携をとってはいるので希望がある際は、対応はしているとのことだった。また緩和ケアのマニュアルもあるとのことだった。緩和ケアに関する地域連携パスについてはまだとのことだったが、増田委員より、琉大の緩和ケアに関する地域連携パスが完成した際に、そちらを使用するのはどうかと提案があり、承認された。

**キ 退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。**

琉大は退院前カンファに課題があるが、北部地区医師会病院では問題なくおこなっているようだった。

**ク 当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年１回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。**

琉大では年１２回以上行うことになっており、北部地区医師会病院では行われていない状況とのことだった。今後、既存の会議体の中に盛り込み、年１回以上は行うように検討するとのことだった。

→現状をご報告ください。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制

**ア 我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携による提示も可とする。**

北部地区医師会病院にて単独で、問題なく、整備されているとのことだった。

４ 相談支援・情報提供・院内がん登録

（１）がん相談支援センター

**② グループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携と役割分担によりⅡの４の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。**

北部地区医師会病院単独で、相談支援業務は、行われているとのことだった。

（３）情報提供・普及啓発

**② グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 名やその連携内容、連携実績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。**

北部地区医師会病院ではホームページは公開されているが、パンフレットでの情報提供は行われていないとのことだった。今後パンフレット作成し、情報公表するとのことだった。

→現状についてご報告ください。

５　ＰＤＣＡサイクルの確保

**（１）　自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはＱＩの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。**

**（２）これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内の がん診療連携拠点病院 、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。**

増田委員より、現在、那覇市立病院、中部病院、琉大病院の３か所で行われているがん相談支援センターの相互評価訪問を、次年度、６病院に拡大する予定であると発言があった。

①今年度から WEB 開催の検討も含めて、６病院で開催すること。

②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。

③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくてはいけない S 項目を重点的にチェックすること。

６　医療に係る安全管理

**（４）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や 拠点病院 間での実地調査等を活用することが望ましい。**

増田委員より、照屋委員の方で、安全対策に関する会議の議事要旨、組織表、安全管理マニュアルを用意してもらい、例えば幹事会の際に相互チェックを行うのはどうかと、提案があり、承認された。

４．レジメンの登録、審査、管理に関する連携について

現状、北部地区医師会病院ではレジメン一覧表を HP 上で公開しているかの確認があり、

諸喜田委員より、公表されていないとの回答だった。

琉大は、以前はがん種とレジメン名しか公表していなかったが、現在は商品名や単位等まで詳細に公表しているとの説明があった。今後、北部地区医師会病院でも、薬剤部に確認し、早めに詳細まで公表することとなった。増田委員より、表の取りまとめについては、何かあれば、琉大の薬剤師とも相談できる旨、発言があった。

→その後、詳細公開までに至っておりますでしょうか。現状についてご報告ください。

以上

会議資料

令和３年度　第１回
北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議
議事次第

日時：令和３年６月 29 日（火）16：00～17：00
場所：ＷＥＢ開催
参加者（予定）:5 名

北部地区医師会病院　病院長　諸喜田林先生
副院長　照屋淳先生
副院長　柴山順子先生
外科外来医長　野里栄治先生
琉球大学病院　増田昌人（がんセンター）
陪席者:2 名　有賀拓郎　先生(琉大診療情報管理センター)
石川千穂（琉大がんセンター事務）

＜報告事項＞
１．令和２年度第１回北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関する
がん診療連携会議　議事要旨の確認　【資料１】　P2
２．その他

＜協議事項＞
１．整備に関する指針における「グループ指定」で努力が必要な個所の確認について
【資料１】　P2
（1）【琉大】院内クリティカルパス一覧　【資料１-(1)】P6
（2）地域連携の会議体について　【資料なし】
（3）グループ指定の HP 掲載について　【資料１-(2)】P12
（4）病院間の PDCA サイクルの確保について　【資料１-(3)】P13
（5）医療に係る安全管理外部評価について　【資料１-(4)】P22

２．レジメンの登録、審査、管理に関する連携について　【資料２】　別紙
３．その他

資料１

# 令和２年度 第１回

北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議

**日　　時**　令和３年３月２９日（火）16：00～16：35
**場　　所**　WEB開催
**構 成 員**　５名（出席者４名）

北部地区医師会病院　病院長　諸喜田林先生
副院長　照屋淳先生
副院長　柴山順子先生
琉球大学病院　増田昌人（がんセンター）

（欠席１名）

北部地区医師会病院　外科外来医長　野里栄治先生

陪席者:1 名　石川千穂（琉大病院がんセンター事務）

＜報告事項＞
１.「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の確認について
資料１に基づき、増田委員より、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」について確認があった

＜協議事項＞
１.　整備に関する指針における「グループ指定」で特に努力が必要な個所の確認と、レジメンの登録審査管理の連携について確認があった。
増田委員より、資料１に基づき、グループ指定の要件について、以下のように照らし合わせがあった。

資料１-Ⅶ「地域がん診療病院の指定要件について」
１ 診療体制
（１）診療機能
① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

**ア 我が国に多いがんを中心として、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。**
特に問題ないとのことだった。

**イ「確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。」**
諸喜田委員より、現況調査の際は、放射線科の先生に月１回来てもらっていること、定期カンファが行われていることを記載している、との回答があった。また、本連絡会議を年に数回定期開催することとなった。

**カ「地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行うこと。」**
諸喜田委員より、現況調査の際は、外科医、内科医を琉大から定期的に派遣してもらっていることを記載しているとの回答があった。

キ 「標準的治療等の均てん化のため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。」

琉大の方では院内クリティカルパスの進捗が遅いことが課題となっている。北部地区医師会病院の方では、がんの手術のパスと、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がんのパスがあり、レジメンも作成されて電子カルテにて活用しているとのことだった。

→貴院内クリティカルパスのご提示頂けますよう、お願い致します。

＊琉大の不足分と貴院の不足分を補い合えればと存じます。

資料１-(１) P6参照

ク 「がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、定期的に開催すること。」

特に問題なく、行われているとのことだった。

シ 小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

北部地区医師会病院では小児がんの長期フォローアップは行われていないとのことだった。

② 手術療法の提供体制

ア 我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。

連携による提供の体制は、整っているとのことだった。

イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

術中迅速病理診断を提供できる体制は、北部地区医師会病院単独で整備されているとのことだった。

③ 放射線治療の提供体制

設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。

北部地区医師会病院と琉大との間では連携はうまくいっているとのことだった。

④ 薬物療法の提供体制

イ グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。

この点は協議事項２で審議された。

⑥地域連携の協力体制

グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 との連携により、Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件（後述）を満たすこと。

＊Ⅷ 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

＜Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件＞

ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。

北部地区医師会病院では、「沖縄県がん診療連携協議会」の公式サイト、「うちなーがんネットがんじゅう」にリンクできるよう掲載されているとのことだった。また、同じく北部地区医師会病院においては、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備することに関しても、情報がHPに公開されているとのことだった。

イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。

北部地区医師会病院単独で、特に問題なく、整備されているとのことだった。

**ウ 当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。**
北部地区医師会病院においては、問題なく、十分提供されているとのことだった。

**エ がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携することが望ましい。**
北部地区医師会病院では、名護市内の個人開業歯科医と連携しているとのことだった。

**オ 我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。**
県全体で5大がん及び、前立腺がんの地域連携パスが作成されており、問題ないとのことだった。

**カ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。**
現在、北部地区医師会病院では、病院の中での看取りが多いが、在宅診療所と連携をとってはいるので希望がある際は、対応はしているとのことだった。また緩和ケアのマニュアルもあるとのことだった。緩和ケアに関する地域連携パスについてはまだとのことだったが、増田委員より、琉大の緩和ケアに関する地域連携パスが完成した際に、そちらを使用するのはどうかと提案があり、承認された。

**キ 退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。**
琉大は退院前カンファに課題があるが、北部地区医師会病院では問題なくおこなっているようだった。

**ク 当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年１回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。**
琉大では年１２回以上行うことになっており、北部地区医師会病院では行われていない状況とのことだった。今後、既存の会議体の中に盛り込み、年１回以上は行うように検討するとのことだった。
→現状をご報告ください。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制
**ア 我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携による提示も可とする。**
北部地区医師会病院にて単独で、問題なく、整備されているとのことだった。

４ 相談支援・情報提供・院内がん登録
（１）がん相談支援センター
**② グループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携と役割分担によりⅡの４の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。**
北部地区医師会病院単独で、相談支援業務は、行われているとのことだった。

（３）情報提供・普及啓発
**② グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 名やその連携内容、連携実績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。**
北部地区医師会病院ではホームページは公開されているが、パンフレットでの情報提供は行われて

いないとのことだった。今後パンフレット作成し、情報公表するとのことだった。
→現状についてご報告ください。

資料１-(２)　P12参照

５　ＰＤＣＡサイクルの確保

**（１）　自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはＱＩの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。**

**（２）　これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内の がん診療連携拠点病院 、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。**

増田委員より、現在、那覇市立病院、中部病院、琉大病院の３か所で行われているがん相談支援センターの相互評価訪問を、次年度、６病院に拡大する予定であると発言があった。

①今年度から WEB 開催の検討も含めて、６病院で開催すること。
②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。
③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくてはいけないＳ項目を重点的にチェックすること。

資料１-(３)　P13参照

６　医療に係る安全管理

**（４）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や 拠点病院 間での実地調査等を活用することが望ましい。**

増田委員より、照屋委員の方で、安全対策に関する会議の議事要旨、組織表、安全管理マニュアルを用意してもらい、例えば幹事会の際に相互チェックを行うのはどうかと、提案があり、承認された。

資料１-(４)　P22参照

２．レジメンの登録、審査、管理に関する連携について

現状、北部地区医師会病院ではレジメン一覧表を HP 上で公開しているかの確認があり、諸喜田委員より、公表されていないとの回答だった。
琉大は、以前はがん種とレジメン名しか公表していなかったが、現在は商品名や単位等まで詳細に公表しているとの説明があった。今後、北部地区医師会病院でも、薬剤部に確認し、早めに詳細まで公表することとなった。増田委員より、表の取りまとめについては、何かあれば、琉大の薬剤師とも相談できる旨、発言があった。
→その後、詳細公開までに至っておりますでしょうか。現状についてご報告ください。

以上

資料１-(１)

クリニカルパス一覧

R03.05現在

| 診療科 | No | Code No | パス名称 | 承認日 | 公開中 (H31.4現在) | H30使用数 (H30.4-H31.3) | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一内科 | 1 | 01-005-0 | 肝生検(2泊3日) | 2017/03/31 | ○ | | |
| | 2 | 01-006-0 | 肝生検(1泊2日) | 2016/08/03 | ○ | | |
| | 3 | 01-007-0 | ESD | 2017/03/31 | ○ | | |
| | 4 | 01-008-1 | アリムタ単剤 | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 5 | 01-009-1 | カルボプラチン＋ペメトレキセド | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 6 | 01-010-1 | EBUS-TBNA | 2017/12/21 | ○ | | |
| | 7 | 01-011-0 | ERCP | 2017/12/21 | ○ | | |
| | 8 | 01-012-0 | EUS-FNA | 2017/12/21 | ○ | | |
| 第二内科 | 1 | 02-001-1 | 骨髄採取術(3泊4日) | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 02-002-2 | 末梢血幹細胞採取 | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 3 | 02-003-0 | 副腎静脈サンプリング | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 4 | 02-004-0 | PA精査(火曜入院) | 2021/01/12 | ○ | | |
| | 5 | 02-005-0 | PA精査(金曜入院) | 2021/01/12 | ○ | | |
| | 6 | 02-006-1 | エンドキサンパルス | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 7 | 02-007-1 | リツキサン | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 8 | 02-008-0 | 減量　手術前 | 2021/05/12 | ○ | | |
| | 9 | 02-009-0 | 減量　手術後 | 2021/05/12 | ○ | | |
| 第三内科 | 1 | 03-001-1 | 通常腎生検 | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 03-002-1 | IgA腎症ステロイドパルス療法 | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 3 | 03-003-0 | 翌日心カテ | 不明 | ○ | | |
| | 4 | 03-004-0 | 睡眠時無呼吸症候群 | | ○ | | |
| | 5 | 03-005-0 | 翌日心カテ(腎機能障害用:補液あり) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 6 | 03-006-0 | 脳脊髄圧減少症のコピー | | ○ | | |
| | 7 | 03-007-0 | 二次性高血圧精査 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 8 | 03-008-1 | 急性心筋梗塞 | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 9 | 03-010-0 | 翌日心カテ(日曜日入院) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 10 | 03-011-0 | 翌日心カテ(入院時検査なし) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 11 | 03-012-1 | 心房細動　金曜日入院 | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 12 | 03-020-0 | サムスカ導入(2泊3日) | 2018/02/15 | ○ | | |
| | 13 | 03-020-0 | サムスカ導入(3泊4日) | 2018/02/15 | ○ | | |
| | 14 | 03-021-1 | PCIパス(2泊3日) | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 15 | 03-022-1 | Adhoc CAGパス(入院時検査なし) | 2021/05/17 | ○ | | 既存パス承認済 |
| 第一外科 | 1 | 04-003-1 | 鼠径ヘルニア根治術 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 04-002-2 | 乳癌ー乳房温存 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 3 | 04-005-2 | 乳癌ー乳房切除 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 4 | 04-006-1 | 甲状腺全摘 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 5 | 04-007-1 | 甲状腺葉切除 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 6 | 04-008-1 | 副甲状腺摘出 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 7 | 04-009-1 | 腹腔鏡下胆嚢摘出術 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 8 | 04-010-1 | 大腸パス①(食事開始3日目) | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 9 | 04-011-1 | 大腸パス②(食事開始5日目) | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 10 | 04-012-1 | ストマ閉鎖(大腸パス①) | 2021/05/18 | ○ | | |
| | 11 | 04-013-1 | 大腸パス①(体重50kg以下) | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 12 | 04-014-0 | 大腸パス②(体重50kg以下) | | ○ | | |
| | 13 | 04-015-0 | ストマ閉鎖(大腸パス①体重50kg以下) | | ○ | | |
| | 14 | 04-016-0 | 大腸癌化学療法(mFOLFOX6+アバスチン) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 15 | 04-017-0 | 大腸癌化学療法(mFOLFOX6+ベクティビックス) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 16 | 04-018-0 | 大腸癌化学療法(FOLFIRI+アバスチン) | 2016/05/19 | ○ | | |

クリニカルパス一覧

R03.05現在

| 診療科 | No | Code No | パス名称 | 承認日 | 公開中 (H31.4現在) | H30使用数 (H30.4-H31.3) | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17 | 04-019-0 | 大腸癌化学療法(FOLFIRI) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 18 | 04-020-0 | 大腸癌化学療法(mFOLFOX6) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 19 | 04-021-0 | 大腸癌化学療法(CPT-11+Pmab) | | ○ | | |
| | 20 | 04-022-0 | 大腸癌化学療法(CPT-11+Cmab) | | ○ | | |
| | 21 | 04-023-0 | 大腸癌化学療法(SOX) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 22 | 04-024-0 | 大腸癌化学療法(SOX+BV) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 23 | 04-025-0 | 大腸癌化学療法(IRIS+BV7.5) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 24 | 04-026-0 | 大腸癌化学療法(XELOX) | | ○ | | |
| | 25 | 04-027-0 | 上部消化管　化学療法ver3 | 2016/07/14 | ○ | | 承認不明　中村陽二先生 |
| | 26 | 04-028-1 | 第一外科小手術～3泊4日 | 2021/05/18 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 27 | 04-029-0 | 上部消化管　化学療法(オプジーボ) | | ○ | | 承認不明 |
| | 28 | 04-030-1 | 上部消化管　化学療法DOS | | ○ | | 承認不明 |
| | 29 | 04-031-0 | 胃切除　早期退院 | 2021/05/25 | ○ | | 承認不明 |
| | 30 | 04-032-0 | 胃切除　早期退院　術4日前入院 | 2021/05/25 | ○ | | 承認不明 |
| | 31 | 04-033-0 | 減量　腹腔鏡下スリーブ状切除術 | 2021/05/25 | ○ | | 承認不明 |
| 第二外科 | 1 | 05-006-0 | シャント造設(2日間) | R01.6.17 | ○ | | |
| | 2 | 05-007-0 | ShuntPTA | R01.6.17 | ○ | | |
| | 3 | 05-008-0 | EVLA(レーザー治療) | R01.6.17 | ○ | | |
| | 4 | 05-009-0 | 血管造影検査(鼡径部アプローチ) | R01.09.25 | ○ | | |
| | 5 | 05-010-0 | 血管造影検査(上腕動脈アプローチ) | R01.09.25 | ○ | | |
| | 6 | 05-002-1 | VATS(区切・葉切)2日前入院 | 2021/05/20 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 7 | 05-003-1 | VATS(区切・葉切)3日前入院 | 2021/05/20 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 8 | 05-004-1 | VATS(部切)2日前入院 | 2021/05/20 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 9 | 05-005-1 | VATS(部切)3日前入院 | 2021/05/20 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 10 | 05-011-1 | EVAR(金入院・月OPE) | 2021/05/20 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 11 | 05-012-1 | TEVAR(金入院・月OPE) | 2021/05/20 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 12 | 05-013-0 | TAVI | 2021/2/22 | ○ | | |
| 脳神経外科 | 1 | 06-001-0 | アンギオ　2泊3日 | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 2 | 06-003-0 | インターフェロン療法(5日間) | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 3 | 06-004-0 | 下垂体手術 | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 4 | 06-005-0 | 聴神経鞘腫 | 2017/09/05 | ○ | | |
| | 5 | 06-006-0 | 聴神経鞘腫_ve_2 | 2017/09/05 | ○ | | |
| | 6 | 06-007-0 | 髄膜腫 | 2017/09/05 | ○ | | |
| | 7 | 06-008-0 | 髄膜腫(前日から版) | 2017/09/05 | ○ | | |
| 整形外科 | 1 | 07-030-1 | 左TKA(前日入院)new | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 07-031-1 | 右TKA(前日入院)new | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 3 | 07-032-1 | 左THA(前日入院・翌リハ・ロコアテープ・アセリオ) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 4 | 07-033-1 | 右THA(前日入院・翌リハ・ロコアテープ・アセリオ) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 5 | 07-034-1 | 右ARO(前日入院) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 6 | 07-035-1 | 左ARO(前日入院) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 7 | 07-036-1 | 右CPO(前日入院) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 8 | 07-037-1 | 左CPO(前日入院) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 9 | 07-038-1 | 頚椎手術 | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 10 | 07-039-1 | 頚椎手術(環軸椎亜脱臼) | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 11 | 07-040-0 | 緊急頚椎手術 | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 12 | 07-041-1 | 腰椎手術 | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 13 | 07-042-1 | 緊急腰椎手術 | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 14 | 07-043-1 | 側弯症 | 2021/05/24 | ○ | | 既存パス承認済 |

クリニカルパス一覧

R03.05現在

| 診療科 | No | Code No | パス名称 | 承認日 | 公開中 (H31.4現在) | H30使用数 (H30.4-H31.3) | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 15 | 07-024-0 | ミエロ、神経根ブロック目的入院 | | ○ | | |
| | 16 | 07-025-0 | 左脛骨骨切り(翌日手術) | 2021/04/02 | ○ | | |
| | 17 | 07-026-0 | 右大腿骨近位部骨折(骨接合) | 2021/04/02 | ○ | | |
| | 18 | 07-027-0 | 左大腿骨近位部骨折(骨接合) | 2021/04/02 | ○ | | |
| | 19 | 07-028-0 | 右大腿骨頚部骨折(人工骨頭) | 2021/04/02 | ○ | | |
| | 20 | 07-029-0 | 左大腿骨頚部骨折(人工骨頭) | 2021/04/02 | ○ | | |
| 産婦人科 | 1 | 08-021-0 | 婦人科開腹手術(RTH以外) | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 2 | 08-022-0 | 婦人科開腹手術(RTH以外)/抗凝固療法あり | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 3 | 08-023-0 | 子宮頸部円錐切除術(前日入院・術後1日目退院) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 4 | 08-024-0 | 正常分娩(新生児入院用) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 5 | 08-025-0 | 正常分娩 | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 6 | 08-026-0 | 緊急帝王切開術 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 7 | 08-027-0 | OPU | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 8 | 08-028-0 | 予定帝王切開術 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 9 | 08-031-0 | D&C(婦人科) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 10 | 08-032-0 | 子宮鏡下筋腫切除術 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 11 | 08-033-0 | 正常新生児 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 12 | 08-034-0 | 腹腔鏡手術:前日入院 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 13 | 08-035-0 | 緊急腹腔鏡手術 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 14 | 08-036-0 | D&C(産科用・メテナリンあり) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 15 | 08-037-0 | 妊娠性糖尿病:食事療法 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 16 | 08-038-0 | D&E(22週以前) | | ○ | | |
| | 17 | 08-041-0 | ヘパリン療法 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 18 | 08-042-0 | 羊水穿刺 | | ○ | | |
| 小児科 | 1 | 09-001-2 | 帝王切開による出生児(NEC作成) | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 2 | 09-002-1 | 腎生検クリニカルパス(小児科) | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 3 | 09-003-0 | 小児画像撮影鎮静 | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 4 | 09-004-0 | 小児気管支喘息　中発作以下 | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 5 | 09-005-0 | 輸血療法 | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 6 | 09-006-0 | レミケード | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 7 | 09-007-0 | アクテムラ | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 8 | 09-008-0 | 食物アレルギー経口負荷試験 | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 9 | 09-009-0 | CV抜去(小児用) | 2020/11/30 | ○ | | |
| | 10 | 09-010-0 | 酵素補充療法HUNTER症候群 | 2020/12/16 | ○ | | |
| 皮膚科 | 1 | 10-007-1 | [脱毛症]ステロイドパルス療法 | 2021/05/14 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 10-008-1 | [無汗症]ステロイドパルス療法 | 2021/05/14 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 3 | 10-002-1 | オプジーボ | 2021/05/14 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 4 | 10-003-1 | オプジーボ(糖尿病患者用) | 2021/05/14 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 5 | 10-004-1 | キイトルーダ200mg | 2021/05/14 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 6 | 10-005-1 | キイトルーダ200mg(糖尿病患者用) | 2021/05/14 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 7 | 10-006-0 | 帯状疱疹　アシクロビル点滴静注 | | ○ | | |
| | 1 | 11-001-1 | 経尿道的膀胱腫瘍切除術(TUR-BT[) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 11-002-1 | 前立腺針生検 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 3 | 11-003-1 | TUL経尿道的レーザー結石破砕術(全身麻酔) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 4 | 11-004-1 | TUL経尿道的レーザー結石破砕術(腰椎麻酔) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 5 | 11-005-0 | D-Jステント操作(腰椎麻酔) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 6 | 11-006-0 | D-Jステント操作(局所麻酔) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 10 | 11-011-1 | 経尿道的前立腺切除術TURP(レザー切除術含む) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |

クリニカルパス一覧

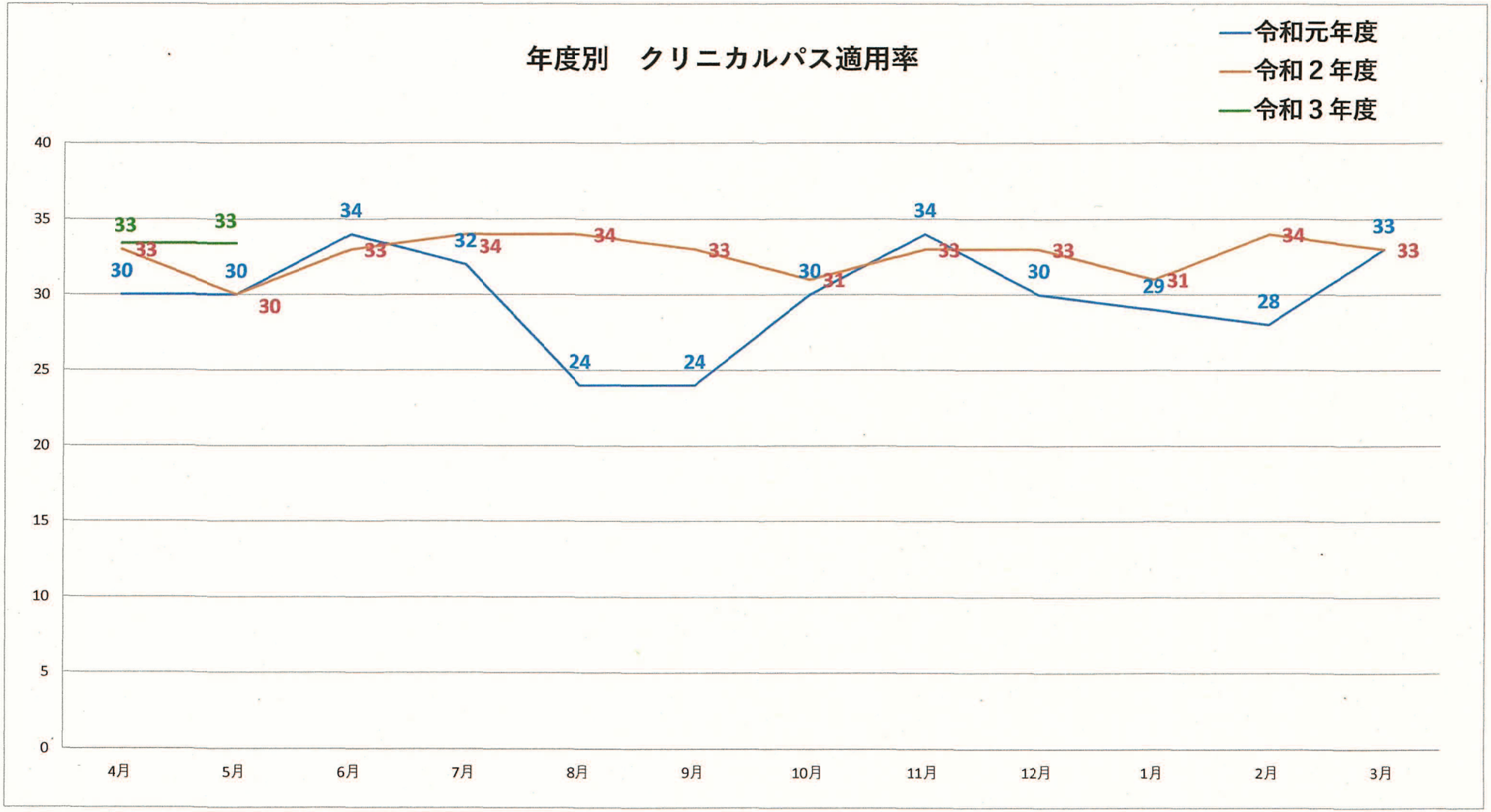
R03.05現在

| 診療科 | No | Code No | パス名称 | 承認日 | 公開中 (H31.4現在) | H30使用数 (H30.4-H31.3) | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 腎泌尿器外科 | 11 | 11-013-1 | 腹腔鏡下副腎摘出術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 15 | 11-021-1 | 膀胱全摘＋回腸導管(TC-IC) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 16 | 11-023-0 | 小線源療法 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 17 | 11-024-1 | 停留精巣固定術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 19 | 11-026-0 | CAPDカテ留置 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 20 | 11-043-1 | TVM-A | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 21 | 11-044-1 | TVM-A(前日入院) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 22 | 11-045-0 | TESE | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 23 | 11-027-1 | 腎泌尿器外科開腹手術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 24 | 11-028-1 | LSC(腹腔鏡下仙骨膣固定術) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 25 | 11-029-1 | TVM(経膣的メッシュ手術) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 26 | 11-030-1 | 腎腫瘍手術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 27 | 11-031-1 | ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 28 | 11-032-1 | ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 29 | 11-033-1 | 前立腺全摘術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 30 | 11-034-1 | TESE採精術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 31 | 11-035-1 | PNL(経皮的腎結石除去術) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 32 | 11-036-1 | 腎尿管全摘＋膀胱部分切除 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 33 | 11-037-1 | 膀胱全摘＋尿管皮膚瘻 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 34 | 11-038-1 | 血液型適合生体腎移植 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 35 | 11-039-1 | 血液型適合生体腎移植(5日前入院) | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 36 | 11-040-1 | 腎泌尿器科腹腔鏡下手術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 37 | 11-041-1 | 高位精巣摘出術 | 2021/05/13 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 38 | 11-042-0 | 血液型不適合生体腎移植 | 2021/2/24 | ○ | | |
| 耳鼻咽喉科 | 1 | 12-007-0 | 顔麻痺(ゾビラックスあり) | | ○ | | 赤澤幸則先生20190107更新 |
| | 2 | 12-008-0 | 突難600(パルクスなし)退院時処方あり | | ○ | | 比嘉輝之先生20190107更新 |
| | 3 | 12-009-0 | 突難600(パルクスあり)退院時処方あり | | ○ | | 近藤俊輔先生20190314更新 |
| | 4 | 12-011-0 | 鼓膜換気チューブ挿入術(短期入院) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 5 | 12-012-0 | 鼓膜形成術(小児・全麻) | | ○ | | 與那原田里加先生20190107更新 |
| | 6 | 12-013-1 | 鼓膜形成術(成人) | 2021/05/25 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 7 | 12-015-0 | 鼓室形成術(小児21-25kg7歳以上) | | ○ | | 比嘉輝之先生20190219更新 |
| | 8 | 12-016-0 | 鼓室形成術(小児26-30kg,7歳以上) | 2018/02/15 | ○ | | |
| | 9 | 12-021-0 | 鼓室形成術(成人) | | ○ | | 比嘉輝之先生20190117更新 |
| | 10 | 12-018-0 | 鼓室形成術(小児31-45kg、7歳以上) | | ○ | | データ履歴なし |
| | 11 | 12-019-0 | 鼓室形成術(小児20kg以下,2-7歳) | | | | |
| | 12 | 12-020-0 | 人工内耳植込み術(小児10-15kg) | | | | |
| | 13 | 12-001-1 | 内視鏡下鼻内手術:devi/con | 2021/05/25 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 14 | 12-002-0 | 内視鏡下鼻内手術:真菌症 | 2018/02/15 | ○ | | |
| | 15 | 12-003-0 | 内視鏡下鼻内手術:好酸球性副鼻腔炎 | 2018/02/15 | ○ | | |
| | 16 | 12-004-1 | 扁桃摘出術 | 2021/05/25 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 17 | 12-005-1 | 喉頭形成術 | 2021/05/25 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 18 | 12-006-1 | ラリンゴマイクロ | 2021/05/25 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 1 | 13-025-0 | 硝子体手術:木or日曜入院(右眼) | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 2 | 13-026-0 | 硝子体手術:木or日曜入院(左眼) | | | | |
| | 3 | 13-027-0 | 硝子体手術:当日入院ope(右眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 4 | 13-028-0 | 硝子体手術・当日入院ope(左眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 5 | 13-029-1 | 硝子体手術:前日入院　全身麻酔　右眼 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 6 | 13-030-1 | 硝子体手術:前日入院　全身麻酔　左眼 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |

クリニカルパス一覧

R03.05現在

| 診療科 | No | Code No | パス名称 | 承認日 | 公開中 (H31.4現在) | H30使用数 (H30.4-H31.3) | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 眼科 | 7 | 13-031-1 | 硝子体手術・当日入院　全身麻酔　右眼 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 8 | 13-032-0 | 硝子体手術・当日入院　全身麻酔　左眼 | 不明 | ○ | | 今永直也先生20190322更新 |
| | 9 | 13-033-0 | レクトミー日or木曜日入院(右眼) | 2016/07/14 | ○ | | 北村優佳先生20190323更新 |
| | 10 | 13-036-0 | レクトミー 日or木曜入院(左眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 11 | 13-037-0 | レクトミー 当日入院(右眼) | | ○ | | |
| | 12 | 13-038-0 | レクトミー 当日入院(左眼) | | ○ | | |
| | 13 | 13-041-1 | レクトミー前日入院　全身麻酔　右眼 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 14 | 13-042-1 | レクトミー前日入院　全身麻酔　左眼 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 15 | 13-043-1 | レクトミー当日入院(右眼)全身麻酔 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 16 | 13-044-1 | レクトミー当日入院(左 眼)全身麻酔 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 17 | 13-045-0 | ロトミー 日or木曜入院(左眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 18 | 13-046-0 | ロトミー 日or木曜入院(右眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 19 | 13-047-0 | 白内障1泊2日(右眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 20 | 13-048-0 | 白内障1泊2日(左眼) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 21 | 13-049-1 | 白内障1泊2日両眼全身麻酔 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 22 | 13-004-0 | 白内障2泊3日(右眼) | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 23 | 13-005-0 | 白内障2泊3日(左眼) | 2016/05/19 | ○ | | |
| | 24 | 13-012-1 | 白内障2泊3日両眼全身麻酔 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 25 | 13-010-0 | 両眼白内障ope金・月5泊6日(右眼から) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 26 | 13-011-0 | 両眼白内障ope金・月5泊6日(左眼から) | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 27 | 13-013-1 | 斜視(2泊3日) | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 28 | 13-014-0 | 右翼状片(2泊3日)最新 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 29 | 13-015-0 | 左翼状片(2泊3日)最新 | 2016/07/14 | ○ | | |
| | 30 | 13-016-0 | 外眼手術(2泊3日) | | ○ | | |
| | 31 | 13-021-1 | 斜視・全麻 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 32 | 13-022-1 | 右眼球摘出術 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 33 | 13-023-1 | 左眼球摘出術 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| 精神科神経科 | | | | | | | |
| 放射線科 | 1 | 15-001-1 | RALS2泊入院 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 2 | 15-003-3 | 非密封小線源　ヨード治療(入院)ver.1.4 | | ○ | | |
| | 3 | 15-005-0 | CT透視下針生検 | | ○ | | |
| | 4 | 15-002-1 | RALS1泊入院 | 2021/05/27 | ○ | | 既存パス承認済 |
| | 5 | 15-004-0 | 腫瘍IVR　2泊3日 | 2019/07/02 | ○ | | |
| 歯科口腔外科 | 1 | 17-002-0 | 2019 プレート除去 | | ○ | | 中村元先生20190414更新 |
| | 2 | 17-003-0 | 2019　口蓋形成(約1歳半) | | ○ | | 中村元先生20190414更新 |
| | 3 | 17-004-0 | 2019　口唇形成 | | ○ | | 中村元先生20190414更新 |
| | 4 | 17-005-0 | 2019　腸骨(8～9歳) | | ○ | | 中村元先生20190418更新 |
| | 5 | 17-006-0 | 2019　舌分切除 | | ○ | | 中村元先生20190415更新 |
| | 6 | 17-008-0 | 2019　抜歯(クリンダ)(入院3日間) | | ○ | | 中村元先生20190418更新 |
| | 7 | 17-009-0 | 2019　抜歯(NSAIDs禁) | | ○ | | 中村元先生20190418更新 |
| | 8 | 17-010-0 | 2019　腸骨(成人)術前2日 | | ○ | | |
| | 9 | 17-011-0 | 2019　腸骨(成人)術前1日 | | ○ | | |
| | 10 | 17-013-0 | 2019　抗生剤無し抜歯含む小外科(入院3日間) | | ○ | | |
| | 11 | 17-014-0 | 2019　口唇形成12歳以上40kg以上 | | ○ | | |
| 形成外科 | 1 | 18-001-1 | 眼瞼下垂　局所麻酔　1泊2日 | 2021/04/02 | ○ | | |
| 救急科 | | | | | | | |


年度別　クリニカルパス適用率
令和元年度
令和２年度
令和３年度
40
35
30
25
20
15
10
5
0
4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月
33
33
30
30
34
32
24
24
34
30
28
33
33
30
33
30
34
33
30
33
33
29
31
34
33

資料１-(２)

**「北部地区医師会病院と琉大病院のグループ指定」に関する**
**琉大病院ホームページ掲載について**

現状報告　（２０２１年６月１７日)

６月末にメール審議で開催予定の広報委員会へ、依頼文提出済み。

承認され、順調に進めば、７月上旬には琉大病院 HP にアップされる。

資料1-(3)

2021年1月7日
情報提供・相談支援部会
部会長　大久保礼子

# 令和2年度第1回がん相談支援センター相互評価報告書

## １．目的

県内複数のがん相談支援センターとの相互訪問において外部評価を受ける機会を創出し、評価内容をふまえ、改善案等の提言および実施とともにがん相談支援センターの質の担保を図る。

## ２．実施方法

（1）県内のがん相談支援センターの中から 1 か所を選定し、複数のがん相談支援センター構成員が訪問して、業務および運営等に関するヒアリングを実施する。

（2）評価指標は「がん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト 2019 年作成版（全国部会作成版)」を使用する。チェックリストの全項目を、項目ごとに提示されている 3 段階で評価を行い、次にその 3 段階評価を点数化して合計点数で全体の達成度を測る。再掲を含む全部で 62 項目の指標 186 点満点とする。また、指標は達成すべき優先順位の目安として項目ごとに S・A・B・C に区分されている*。今回は S から C のすべての項目において評価を実施した。

*)S 項目：(全国一律に）特に優先的に取り組む項目、A 項目：(全国一律に）優先的に取り組むべき項目、B 項目：取り組むべき項目、C 項目：施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むとよい項目

（3）訪問に係る費用はそれぞれの所属機関の負担とする。

## ３．実施日

令和 2 年 12 月 22 日（火）14 時～16 時 30 分

## ４．場所

琉球大学病院がん相談支援センターおよびがんセンター

## ５．プログラム

14:00～14:30　部署訪問によるヒアリングおよび見学
14:30～14:50　講評および意見交換
（1）訪問施設へのコメント、改善点
（2）チェック項目に対する要否
14:50～15:00　総括

６．参加者

| | 氏名 | 所属 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 1 | 傳道　聡子 | 県立中部病院 | がん相談支援センター　実務者 |
| 2 | 喜舎場利恵 | 県立中部病院 | がん相談支援センター　実務者 |
| 3 | 仲宗根　恵美 | 那覇市立病院 | がん相談支援センター　実務者 |
| 4 | 知念　隼史 | 那覇市立病院 | がん相談支援センター　事務 |
| 5 | 大久保礼子 | 琉球大学病院 | がん相談支援センター　実務者 |
| 6 | 山田　綾美 | 琉球大学病院 | がん相談支援センター　実務者 |
| 7 | 増田　昌人 | 琉球大学病院 | がん相談支援センター　責任者 |

７．結果

（1）琉大病院の総得点は 148 点（186 点満点）で、全体として 80%達成という結果になった。必須項目（S 項目・A 項目）においては高評価となっており、総評はおおむね達成できているという結果だった。

（2）未達成だった項目は、A 項目において 1 つ、C 項目において 5 つが評価 1 となった。

＊A 項目のうち改善を要する項目

「指標 41.対応した際の記録（音声データ等）とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている」

評価 1：事例検討は行っているが、評価表を用いてのモニタリングは行っていない。

評価理由：モニタリングを行うためにがん相談の内容を録音できる環境が未整備で、録音にあたって相談者からの同意をとることなど、運営についても検討されていない。

（3）各項目の結果は、PDCA チェックリストを参照。

８．主な質問や意見

- 面談室の安全管理面から防犯ブザーなどの設置が必要ではないか。
- アピアランス支援の一環のウィッグ展示は、以前は廊下に設置したが面談室内に変更した。設置場所については、感染症対策と併せて検討が必要。
- 外来化療室など外来から介入依頼はどのタイミングで呼ばれるのか。予約が決まった時点で事前に連絡をもらえるのか。

→琉大では、患者さんが来院したタイミングで看護師等から連絡を受け、在室時間など確認し訪問する。特に外来化療室では運用が周知されており、初回利用者については全例、がん相談員の面談を実施している。

・ 電子カルテ上の相談記録について、誰でも閲覧できるのか。どこでも閲覧可能か。
→相談支援センターのフォルダを作成。ロックをかけており、パスワードは相談員のみ共有している。電カル PC であればどの端末からでも閲覧可能。
・ 病院で実施されている患者満足度調査にがん相談センターの部署の項目を組み込んでもらうことは可能か。
→それぞれの病院で検討
・ 相談対応への質評価のための音声録音の整備状況はどうか。
→琉大のがん相談支援センターでは未整備。那覇市立病院、中部病院では医療安全の面から自動録音機能がついた固定電話を１つ用意している。録音については自動音声でアナウンスが流し、患者同意を得ている。

９．相互評価訪問スケジュール

那覇市立病院は今年度内、中部病院は次年度上半期での開催を検討することとなった。

１０．総括

各施設においてやるべきことを明瞭化し、がん相談支援センターでの設備に必要なことを情報提供・相談支援部会で検討し、がん診療連携協議会の議題として挙げていくことが求められる。

また、各施設による自己チェックを行い、チェックリスト自体に問題点がないかを併せて検討するように増田センター長より総括があった。

訪問時の様子






# がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト2019年作成版（全国部会作成版）

対象施設名：琉大病院

| プロセス | | | | | | | 施策 | 講評 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| がん相談支援センター | | | | | | | 整備指針の内容[注1] | 質問、改善点、コメント等 |
| 必要な条件・状態 | 番号 | 優先順位 | 実施状況の案および例示 | 3段階評価の案および例示 | 2020年度実施状況 | 補足説明、コメント等 | | |
| その人にとってｱｸｾｽしやすい相談場所・相談の入り口がある<br><br>多様な相談先がある<br><br>複数の相談場所がある | 1 | A | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物（チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等）、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している | 3：定期的（少なくとも１年おき）に見直しの機会を設けている<br>2：掲示をしているが、定期的な見直しの機会は設けていない<br>1：掲示できていない、掲示する予定である | 3 | 掲示場所、数など<br>・院内掲示（外来３か所）<br>・がんセンターウェブサイト<br>・各科外来で配布チラシ設置 | 院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。<br><br>②情報提供について<br>コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている<br><br>コ　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援 | ▪看板や案内ボードの作成、設置場所どのようにしているか？<br>→看板は相談室入口横に設置。<br>→案内ボードは正面玄関入口等に設置した期間もあるが、共有スペースのため現在は撤去。 |
| | 2 | C | 病院管理者やがん相談支援センター管理者は、病院ウェブサイトのトップページからがん相談支援センターのページに直接いくことができるよう、サイトを構成している。 | 3：トップページからがん相談支援センターのページへのリンクが貼られている<br>2：がん相談支援センターのページはあるが、トップページからのリンクはない<br>1：がん相談支援センターのページがない | 2 | ・病院ウェブサイトからがんセンターリンク。がんセンターホームページ内に記載） | | |
| | 3 | C | 都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、地域の患者・家族・市民に対しての周知効果が見込まれる取り組み（例：センター外での出張がん相談・リレーフォーライフ等）に協力・参画している | 3：現在、協力・参画している<br>2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある<br>1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない。または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、地域向け周知・広報の取り組みが行われていない | 2 | 開催場所、開催数など<br>・今年度が地域活動ないが、過去に図書館まつりでの出張相談、リレーフォーライフ、ラジオ出演等に参加実績あり | | |
| | 4 | B | 病院管理者やがん相談支援センター管理者は、すべての利用者が直接アクセスできる専用回線や窓口、相談室を用意している | 3：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭であり、相談のための環境面（電話相談専用回線・対面相談のための相談室等）も整備されている<br>2：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭で、利用者がアクセスしようと思えばたどりつくことができる<br>1：がん相談支援センターの場所や連絡先が不明瞭で、利用者がアクセスしようと思ってもたどりつけない場合がある | 3 | | | ▪面談室兼相談員事務室であるが、面談使用時に、他職員は在席しているのか。患者がプライバシーを気にすることはないか。<br>▪面談時は扉を閉めずカーテンのみ。外へ声が漏れることはないか。<br>→パーテーション等で仕切り、声量にも配慮し対応し、今までトラブルはない。<br>▪面談室の安全管理面から防犯ブザーなどの設置が必要ではないか。<br>▪相談員不在時の対応について<br>→固定電話回線はPHSへ転送し持ち運び対応<br>→予約なし来室者への対応として、急ぎの場合の連絡先をドアに掲示している。<br>▪多職種（薬剤師や栄養士）との連携はどのようにしているか。<br>→面談室は他部門、多職種の方とも共有している。面談同席が必要な場合は対応を依頼することはあるが、緩和専任看護師との連携が多い。栄養士・薬剤師へ面談依頼することは少ない。 |
| | 5 | B | 病院管理者は、外国人や障害の関係でコミュニケーションに配慮が必要な患者に対応できる体制を病院として整え、それらの患者ががん相談支援センターを利用した場合に、相談員が対応（または既存の院内体制と連携・協働して対応）できるようにしている | 3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている<br>2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例：一部の外国人や障害者への対応が困難等<br>1：体制整備に取り組んでいない | 2 | ・外国語通訳アプリは運用されている。視覚・聴覚障害への対応は未整備 | | ▪中部病院は、通訳者を事前に病院側で予約手配<br>▪那覇市立病院は、聴覚障害者に対し「かきぽんくん」を利用 |
| | 6 | A | ピアサポートの場をつくっている、またはピアサポートの提供が可能な場（患者会・患者サロン・ピアサポーターによる支援の場等）についての情報を提供することができる | 3：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、希少がんや若年世代のがん等も含めて幅広く情報提供することができる<br>2：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、主要ながんについては情報提供することができる<br>1：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集していない | 2 | 開催場所、開催数など<br>・院内でピアサポートを実施。<br>・患者サロンを月１回開催<br>・主要な患者会に関する冊子等を配布 | | |
| 情報や助けを求めている人に気づく人が増える<br><br>適切な相談窓口につながる人が増える<br><br>院内・外へセンターの周知が行われる<br>・医療従事者（院内・外）が相談支援ｾﾝﾀｰの役割を知っている<br>・紹介元から紹介先へうまくつながれる（うまく連携がとれている） | 再掲(1) | A | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物（チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等）、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している | 3：定期的（少なくとも１年おき）に見直しの機会を設けている<br>2：掲示をしているが、定期的な見直しの機会は設けていない<br>1：掲示できていない、掲示する予定である | 3 | | 院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。<br><br>④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。<br>ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。<br><br>イ　地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。 | |
| | 7 | B | 病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している<br>・自施設の患者以外の相談者にも対応していること<br>・相談は無料であること<br>・匿名での相談も可能であること<br>・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることがないこと<br>・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること | 3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している<br>2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である<br>1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない | 3 | 掲示場所、数など<br>・チラシ、ウェブサイト、冊子などの媒体で、内容について明記周知している。 | | ▪相談記録の方法は？<br>→当院患者であっても相談者同意なければカルテ記載せず、がん相談員のみ閲覧可能な相談シート（日報を兼ねる）にのみ記録している。主治医等との共有が必要な場合は、同意を確認している。IDなし患者は相談シートのみ。 |
| | 8 | B | 病院管理者やがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの周知・広報活動（対患者・家族・市民向け、対院内スタッフ向け、対地域の関係機関向け）について、組織的な検討を行なっている | 3：定期的（少なくとも１年おき）に検討している<br>2：必要に応じて随時検討している（定期的な検討の機会は設けていない）<br>1：検討していない | 3 | | | |
| | 9 | A | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割（質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む）や業務を、院内スタッフに対して周知する機会（例：新人オリエンテーション・医局会等）を定期的に設けている | 3：定期的（少なくとも１年おき）に実施している<br>2：必要に応じて随時実施している（定期的な機会は設けていない）<br>1：実施していない | 2 | 開催場所、開催数など<br>・過去には医局会等での周知実績、院内会議等での周知（不定期 | | |
| | 10 | A | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している<br>（例：リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等） | 3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている<br>2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例：一部の診療科にしか浸透していない等<br>1：体制整備に取り組んでいない | 2 | 対応件数など<br>・初診時配布用リーフレットを作成し外来診察デスクに設置し運用を開始した | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | C | 病院管理者や相談支援センターの管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族が、必要に応じてがん相談支援センターにつながることができるよう院内の体制を整備している<br>（例：初診時や入院時にスクリーニングを行い、苦痛や課題の内容に応じて適切な部門・専門職につなぐしくみがある等） | 3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている<br>2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例：一部の診療科にしか浸透していない等<br>1：体制整備に取り組んでいない | 3 | ・外来がん患者つらさのスクリーニングに相談支援センターへつなぐ項目がある<br>・入院患者は入退院支援スクリーニングの実施 | | ▪相談センターへの案内は、痛みのスクリーニングとは別にオリジナルで作成しているのか。<br>→看護部が主に使用するものでおそらくオリジナル。外来と入院で活用状況は異なるが、外来のフローチャートには相談員の連連絡先が記載されている。 |
| | 12 | C | 地域の関係機関（保健医療福祉機関・行政機関・図書館等）に対し、さまざまな方法（カンファレンス参加・講演会や勉強会の実施・挨拶回り・ポスターやチラシの配布等）でがん相談支援センターの役割・業務についての周知を図っている | 3：定期的（少なくとも１年おき）に行っている<br>2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：地域関係機関向けの周知活動を行っていない | 1 | | | ▪他院では地域連携室との共同で実施。（那覇市立毎年約20施設） |
| ・患者ｻﾛﾝの運営や協力をする<br>・患者会活動の支援をする | 再掲<br>(6) | A | ピアサポートの場をつくっている、またはピアサポートの提供が可能な場（患者会・患者サロン・ピアサポーター等）についての情報を提供することができる | 3：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、希少がんや若年世代のがん等も含めて幅広く情報提供することができる<br>2：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、主要ながんについては情報提供することができる<br>1：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集していない | 2 | | 相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。<br><br>コ　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援 | |
| | 13 | B | 患者会の運営支援（運営上の相談への対応、講演会開催への協力等）を行っている | 3：定期的（少なくとも１年おき）に行っている<br>2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：運営支援を行っていない | 3 | ・部会活動を通じた会議や講演会の共同開催 | | |
| | 14 | C | さまざまな方法（ポスター・チラシ・病院ウェブサイト・がんサポートブック「地域の療養情報」・院内スタッフへの周知活動等）で患者サロンや患者会についての周知を図っている | 3：さまざまな方法で周知を行っている<br>2：周知を行っているが、周知方法が限定的である<br>1：周知を行っていない | 3 | ・ポスター院内掲示、参加者への案内郵送、がんセンターウェブサイトでの周知等 | | |
| 相談対応の質が担保されている<br>・（相談員が）相談者のがんや状況の理解を助けることができる<br>・（相談員が）相談者に適切な情報や支援を通じてエンパワメントすることができる<br><br>相談対応の質が担保されている<br>・困りごとの本質を見極め、困りごとに対する術や情報を提供できる<br><br>相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる | 15 | B | 国立がん研究センター主催の相談員研修（Eラーニング・集合研修）を受けている | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員が基礎研修修了後、継続的に研修を受講している<br>2：専従・専任の相談員のみが基礎研修修了後、継続的に研修を受講している<br>1：専従・専任の相談員のみが基礎研修を修了している（継続研修は未受講） | 2 | ・継続的に研修受講<br><br>'※相談支援センター相談員は専従・専任相談員２名のみのため、評価２（以下Q15-18も同様） | ⑦　相談支援センターの支援員は、Ⅳの2の（3）に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。<br><br>サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 | |
| | 16 | B | 院内のキャンサーボード・勉強会・研修会・事例検討会・カンファレンス・会議等に参加している | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している<br>2：専従・専任の相談員のみが参加している<br>1：参加していない | 2 | ・院内委員会会議、カンファレンス、研修会へ参加 | | |
| | 17 | B | 都道府県やブロックで開催されている相談員研修、地域相談支援フォーラム、事例検討会等に定期的に参加している | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員が定期的（少なくとも１年おき）に参加している<br>2：専従・専任の相談員のみが定期的（少なくとも１年おき）に参加している<br>1：専従・専任の相談員のみが都合が合う場合に参加している | 2 | ・毎年すべての相談員（2名）が参加。 | | |
| | 18 | A | 基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務（例：ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等）に関連する研修（Eラーニング・集合研修）に参加している | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している<br>2：専従・専任の相談員のみが参加している<br>1：参加していない | 2 | ・継続研修（Eラーニング受講） | | |
| | 19 | A | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している<br>（例：研修参加や認定がん専門相談員の認定取得を促す、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等） | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員に対し、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている<br>2：専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなししている<br>1：専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了までは学習の機会を業務の一環とみなしている<br>（それ以降の研修受講・自己研鑽は業務外・自費扱い） | 3 | ・研修参加励行、必要経費補助や代休調整あり。 | | |
| | 20 | B | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に相談対応の質向上のための取り組みをしている者（例：認定がん専門相談員）を配置している | 3：複数名配置している<br>2：１名配置している<br>1：配置していない | 3 | ・認定がん専門相談員２名在籍 | | |
| | 21 | **都道府県拠点A**<br>地域拠 | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に相談員指導者研修を修了した者を配置している | 3：複数名配置している<br>2：１名配置している<br>1：配置していない | 2 | | | |
| | 22 | B | 【都道府県拠点】<br>都道府県内で相談員研修を定期的に企画・開催している | 3：都道府県拠点病院だけでなく複数の病院が企画に参画する形で、定期的（少なくとも１年おき）に開催している<br>2：都道府県拠点病院のみが企画する形で、定期的（少なくとも１年おき）に開催している<br>1：定期的には開催していない、または開催していない | 3 | ・県内拠点病院と協同し年３回の持ち回り開催方式で、必ず年１回は主催開催 | | |
| | 23 | B | がん相談支援センター内でカンファレンスや事例検討会を開催し、課題の共有や解決策の検討を行っている | 3：定期的（少なくとも毎月）に行っている<br>2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：課題共有や解決策検討の機会を設けていない | 2 | ・相談支援センターミーティング（毎週水曜）や不定期で課題共有している。 | ③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。<br><br>⑤相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備することが望ましい。<br><br>サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組<br><br>【都道府県拠点】<br>・当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、ＰＤＣＡサイクルの確保に関し中心的な役割を担う<br><br>・少なくとも１人は国立がん研究センター | ▪中部病院：入退院支援部門と共同で事例検討会。看護師や社会福祉士10～20名程度で約15～30分実施している。事例担当者は事前確認している |
| | 24 | C | がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）に報告している | 3：自発的に提案・報告している<br>2：部会等から依頼があった場合に報告している<br>1：報告していない | 3 | | | |
| | 25 | B | 都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で検討された課題や解決策を、自施設のがん相談支援センター内で共有している | 3：定期的（部会や協議会のたび）に行っている<br>2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：共有の機会を設けていない | 3 | | | |
| | 26 | A | がん相談支援センター内での情報共有や相談傾向の把握・課題抽出、他施設との比較ができるよう、相談記入シート（情報提供・相談支援部会で採用された「相談記録のための基本形式」）を用いて相談記録を作成している | 3：現在相談記入シートに準拠している<br>2：現在相談記入シートに準拠していないが、今後準拠する予定である<br>1：現在相談記入シートを準拠しておらず、今後準拠する予定もない | 3 | ・相談記入シートを使用し、月別内容内訳も集計し、相談支援部会へ提出。課題共有している。 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 27 | A | 相談者からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している | 3：分析し傾向把握し、改善しうる課題の検討を行っている<br>2：分析し傾向把握はしているものの、改善しうる課題の検討はできていない<br>1：医療者からの相談内容や対応については分析していない | 3 | ・相談支援部会および相談支援センター連絡会議で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。 | による相談員指導者研修を修了している<br><br>・地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行う | |
| | 28 | S | がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている | 3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元のサイクルを回すことができている<br>2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元のサイクルを回せていない<br>1：病院管理者等への報告は行っていない | 2 | ・相談支援センター連絡会議は病院運営委員会へ報告される仕組みとなっている。 | | |
| | 29 | C | 都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている | 3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元のサイクルを回すことができている<br>2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元のサイクルを回せていない<br>1：病院管理者等への報告は行っていない | 2 | | | |
| | 30 | **都道府県拠点または部会担当施設A** | 【都道府県拠点または部会担当施設】<br>部会で検討して解決が困難な課題を、上部の協議会に挙げ、解決をはかる仕組みがある | 3：協議会に挙げ解決をはかる仕組みが機能している<br>2：協議会に挙げ解決をはかる仕組みが機能していないため、体制整備に取り組んでいる<br>1：現在、協議会に挙げ解決をはかる仕組みはない | 3 | ・協議会内に部会報告や必要に応じて協議事項として提案を挙げることができる体制になっている。 | | |
| | 31 | S | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターで提供された支援に対する利用者からのフィードバックを得るための体制を整備している<br>（例：センター利用者への満足度調査の実施、病院として実施する患者満足度調査に部門評価を含める等） | 3：体制整備に取り組み、収集・評価・実臨床への還元のサイクルを回すことができている<br>2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例：収集はしているが、その内容を評価し実臨床に還元することができてない等<br>1：体制整備に取り組んでいない | 2 | ・相談員単位では、相談対応時に利用者からの感想を聞き取る取り決めをし、収集している。 | | |
| | 32 | C | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、病院として実施する患者満足度調査に、中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）で示されている項目を含めている | 3：中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）を考慮した項目を設けている<br>2：がんに関連する項目はあるが、中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）を考慮した項目ではない<br>1：病院が実施する患者満足度調査では、がんに関連する項目を設けていない | 1 | | | ▪どの病院でも、病院として年１回実施している患者満足度調査に相談支援センターに関する項目はない。 |
| | 33 | S | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの体制や業務状況等について外部から評価を受ける機会を設けている（例：認定がん相談支援センターの認定取得、病院機能評価、他施設のがん相談支援センターとの間での相互評価等） | 3：外部評価を受ける機会があり、その内容をふまえた実臨床への還元のサイクルを回すことができている<br>2：外部評価を受ける機会はあるものの、運用上の課題が残っている<br>例：評価は受けているが、その内容を実臨床に還元することができてない等<br>1：外部評価を受ける機会がない | 3 | ・病院機能評価受審、がん相談支援センター間の相互評価の実施 | | |
| 相談対応の質が担保されている<br>・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる<br>・理解を促進する説明ができる<br>・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる<br><br>医療連携が円滑に行われている | 再掲(18) | A | 基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務（例：ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等）に関連する研修（Eラーニング・集合研修）に参加している | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している<br>2：専従・専任の相談員のみが参加している<br>1：参加していない | 2 | ・継続研修（Eラーニング受講） | ②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。<br><br>⑥患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。<br><br>サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組<br><br>【都道府県拠点】<br>都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行う<br><br>8　地域拠点病院（高度型）の指定要件について<br>⑤相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。 | | |
| | 再掲(19) | A | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している<br>（例：研修参加や認定がん専門相談員の認定取得を促す、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等） | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員に対し、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている<br>2：専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなししている<br>1：専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了までは学習の機会を業務の一環とみなしている<br>（それ以降の研修受講・自己研鑽は業務外・自費扱い） | 3 | ・研修参加励行、必要経費補助や代休調整あり。 | | |
| | 34 | A | がん相談支援センター内で情報提供・相談支援に活用する情報についての検討を定期的に行い、科学的根拠に基づく情報・信頼できる情報の整備・更新に努めている | 3：定期的（少なくとも１年おき）に行っている<br>2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：活用する情報についての検討・評価を行っていない | 3 | ・ガイドライン等の出版物や配布冊子は毎年更新の有無を確認し、設置している。 | | ▪配布冊子のうち廃盤になったものは継続利用しているか？　→情報が古くなっている可能性あり当院では使用していない<br>▪配布冊子の設置場所は？補充はどこが担当しているのか。<br>→各外来待合室に設置しており、補充は相談センターにて対応。設置場所（外来NS）より補充の連絡を受け対応している<br>▪アピアランス支援の一環のウィッグ展示はどうしているか？→現在は感染症対策の観点から廊下展示スペースからは撤去した。今後検討。<br>▪がん冊子は発注しているか。<br>→琉大、中部病院は印刷対応。那覇市立病院は購入している<br>▪パンフレットなどの郵便物は全て掲示・設置しているのか。<br>→随時精査し配置を決めている |
| | 35 | B | がん相談支援センター内で検討・承認された情報を活用して、相談に対応している | 3：活用する情報について方針を定め、全ての相談員が方針に則って対応できている<br>2：活用する情報について方針を定めているが、運用上の課題が残っている<br>例：方針に則った対応ができていない相談員がいる等<br>1：活用する情報についての検討・評価を行っていない | 3 | | | |
| | 36 | S | がん相談部門のマニュアルや相談対応のQ&A等の対応時の参考資料をセンター内で作成し、定期的に更新している | 3：作成し、定期的（少なくとも１年おき）に確認・更新している<br>2：作成したが更新していない<br>1：作成していない | 2 | ・２０１９年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルは３年ごとに更新予定 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 37 | B | Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している | ３：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している<br>２：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている<br>例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等<br>１：がん相談部門のマニュアルを作成していない | 3 | ・２０１９年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルの設置 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 38 | B | 院内他部署（例：緩和ケアチーム等）や地域の関係機関とのカンファレンスを実施している | 3：定期的に行っている<br>2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：実施していない | 2 | | | |
| | 39 | A | 病院管理者は、がん相談支援センターの相談員をバックアップするための多職種連携・協働体制を整備している（例：相談員が相談対応で困ったときに助言を求められる担当者を定めるよう各診療科・部門に指示する等） | 3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている<br>2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例：一部の診療科にしか浸透していない等<br>1：体制整備に取り組んでいない | 3 | ・相談支援センター連絡会議委員が相談役になることが承認されている。 | | |
| | 40 | C | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に多職種（看護職・福祉職・心理職）を配置している | 3：看護職と福祉職に加え、それ以外の職種も配置している<br>2：看護職と福祉職を配置している<br>1：単一の職種しか配置していない | 1 | ・社会福祉士のみ２名在籍。相談内容によっては医療専門職（医師・緩和NS・薬剤師等）へ確認をとり対応している。 | | |
| | 41 | A | 相談対応した際の記録（音声データ等）とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている | 3：複数の相談員が参加する形の部門内モニタリングを、定期的（相談員あたり少なくとも年１回）に行っている<br>2：自身の相談対応を各自で振り返る形のセルフモニタリングを用いて行っている<br>1：事例検討は行っているが、評価表を用いてのモニタリングは行っていない | 1 | | | |
| | 42 | C | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの相談員が相談対応のモニタリング（QA）を行うために必要となる体制を整備している（例：病院全体として電話の内容は録音する方針とする等） | 3：がん相談に限らず、病院全体として電話の内容は録音する方針であり、録音内容の聴取権限の範囲等も厳密に定めた上で運用するとともに、サービスの質向上に役立てている<br>2：がん相談の内容を録音できる環境は整備したものの、運用上の課題が残っている<br>例：相談者から録音の同意を取ることが難しい等<br>1：がん相談の内容を録音できる環境を整備していない | 1 | | | ▪ 那覇市立病院、中部病院では医療安全（苦情対応）の面から自動録音機能附属の固定電話がある。PHSに繋がると録音はできない。那覇市立病院は録音する場合の自動音声が流れ患者の許可を得る。 |
| だれでも相談できることを明示し、保障している<br>匿名で相談対応できることを明示し、保障している<br>個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある | 再掲（7） | B | 病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している<br>・自施設の患者以外の相談者にも対応していること<br>・相談は無料であること<br>・匿名での相談も可能であること<br>・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることがないこと<br>・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること | 3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している<br>2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である<br>1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない | 3 | 掲示場所、数など<br>・チラシ、ウェブサイト、冊子などの媒体で、内容について明記周知している。 | サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 | |
| | 再掲(37) | B | Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している | 3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している<br>2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている<br>例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等<br>1：がん相談部門のマニュアルを作成していない | 3 | ・２０１９年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルの設置 | | |
| | 43 | A | がん相談支援センター内で個人情報の取り扱い（守秘義務遵守・相談記録管理等）方針について定め、遵守されている<br>例：相談者の同意なく、主治医など相談支援センター外に伝えない等のルールが明文化されている | 3：方針を定め、問題なく運用できている<br>2：方針は定めたものの、運用上の課題が残る方針となっている<br>例：相談内容について情報を伝えない範囲を院外の者としており、院内の者（特に主治医）であれば相談内容を知ることができる状態となっている等<br>1：方針を定めていない | 3 | | | |
| 患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある（院内・院外・地域から） | 再掲(9) | A | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割（質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む）や業務を、院内スタッフに対して周知する機会（例：新人オリエンテーション・医局会等）を定期的に設けている | 3：定期的（少なくとも１年おき）に実施している<br>2：必要に応じて随時実施している（定期的な機会は設けていない）<br>1：実施していない | 2 | 開催場所、開催数など<br>・過去には医局会等での周知実績、院内会議等での周知（不定期 | ④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。<br>ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。<br>イ　地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。<br><br>サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 | |
| | 再掲(10) | A | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している（例：リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等） | 3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている<br>2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例：一部の診療科にしか浸透していない等<br>1：体制整備に取り組んでいない | 2 | 対応件数など<br>・初診時配布用リーフレットを作成し外来診察デスクに設置し運用を開始した | | |
| | 再掲(27) | A | 相談者からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している | 3：分析し傾向把握し、改善しうる課題の検討を行っている<br>2：分析し傾向把握はしているものの、改善しうる課題の検討はできていない<br>1：医療者からの相談内容や対応については分析していない | 3 | ・相談支援部会および相談支援センター連絡会議で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。 | | |
| | 再掲(28) | S | がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている | 3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元のサイクルを回すことができている<br>2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元のサイクルを回せていない<br>1：病院管理者等への報告は行っていない | 2 | ・相談支援センター連絡会議は病院運営委員会へ報告される仕組みとなっている。 | | |
| 広報活動が行われている | 44 | A | 情報提供・相談支援に活用するがんに関する図書、小冊子やリーフレットは、センター内で内容を精査し、正確な情報が掲載されているものを設置・配布し、活用している | 3：明文化された判断基準の下、内容の精査を行っている<br>2：内容の精査は行っているが、明文化された判断基準がない<br>1：内容の精査を行っていない | 2 | ・相談支援センター職員で内容を精査し配布を決めている。 | | ▪ 様々な機関、個人から郵送あり配置していいのか迷うことがある |
| | 45 | C | 都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、がん関連情報の集約や発信の取り組み（例：がんサポートブック「地域の療養情報」・都道府県が作成するがん情報ウェブサイト等の作成）に協力・参画している | 3：現在、協力・参画している<br>2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある<br>1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない<br>または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、がん関連情報の集約や発信の取り組みが行われていない | 2 | ・過去作成実績あり。今年度より相談員個人への執筆依頼 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる | 再掲(18) | A | 基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務（例：ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等）に関連する研修（Eラーニング・集合研修）に参加している | 3：専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している<br>2：専従・専任の相談員のみが参加している<br>1：参加していない | 2 | ・継続研修（Eラーニング受講） | | |
| | 46 | A | 都道府県内のがん診療連携協議会または相談支援部会（部会下に設置されるワーキンググループ等含む）に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行っている | 3：定期的に参加しており、情報共有や協力体制構築において、主体的に役割を果たしている<br>2：参加はしているが、主体的に関わることができていない<br>1：参加していない | 3 | | | |
| | 47 | C | がん診療連携拠点病院相談支援センターのMLを活用している | 3：MLで流れているメールを活用するとともに、患者･家族・市民向けの情報発信に有用と思われるがん関連情報をMLに投稿している<br>2：MLで流れているメールのうち、患者･家族・市民向けに発信できる内容は積極的に活用している<br>1：MLで流れているメールの内容を把握してい | 2 | | | |
| | 48 | C | 病院管理者がん相談支援センターの管理者は、新しい話題を含めた講演会（患者・家族・市民向け、院内スタッフ向け）を実施する機会を設けている | 3：患者・家族・市民向け、院内スタッフ向けいずれについても、がん領域における新しい話題を含めた講演会を定期的（少なくとも１年おき）に設けている<br>2：がん領域における新しい話題を含めた講演会を必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない）<br>1：講演会のテーマ選定にあたり、がん領域における新しい話題を含めることを重視していない | 1 | ・相談支援センターとしては講演会は開催していないが、病院としてはがんに関する院内スタッフ向けに講演会や研修会を開催している。 | | |
| 地域に相談支援センターの周知が定期的に行われている | 再掲(46) | A | 都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会（部会下に設置されるワーキンググループ等含む）に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行っている | 3：定期的に参加しており、情報共有や協力体制構築において、主体的に役割を果たしている<br>2：参加はしているが、主体的に関わることができていない<br>1：参加していない | 3 | ・相談支援部会事務局の運営、各事業の推進している。 | （イ）職場や地域における就労支援について<br>医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター等の有機的連携をより一層推進することが求められている<br><br>③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。 | |
| | 49 | B | 就労支援で活用できる社会資源（社会保険労務士会、ハローワーク、産業保健総合支援センター等）を確認し、ネットワークを構築している | 3：情報収集し、ネットワークも構築できている<br>2：情報収集はしているが、ネットワークは構築できていない<br>1：就労支援で活用できる社会資源について情報収集していない | 3 | ・ハロワークと産保センターから出張相談の開催（月２回）<br>・定期的に研修会や連絡会に参加している。 | | |
| | 50 | C | 都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で取り決められた病院間の役割分担や協力体制を把握し、そのネットワークを活用して適切な機関につなぐことができる | 3：全ての相談員が対応できている<br>2：対応できていない相談員がいる<br>1：部会等でどのような取り決めがされているのか把握していない | 3 | ・研修会の持ち回り開催や内規の整備等、部会での協議内容について自院で対応している。 | | |
| | | | | 総得点（186点満点）<br>80%達成　148点<br>60%達成　116点 | **148** | | | |

注1）全般に関連するが特に関連が深い目標のところに記載

**注2）優先順位　S：（全国一律に）特に優先的に取り組むべき項目　A：（全国一律に）優先的に取り組むべき項目**
**B：（SやA項目に比べて優先順位は低いものの）取り組むべき項目　C：施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むとよい項目**

資料１-(４)

令和２年 11 月 30 日

国立大学法人琉球大学
学長
西田　睦　様

医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第2項に基づき、外部監査を実施しましたので、別紙のとおり報告申し上げます。

琉球大学病院の医療安全に係る監査委員会
委員長　近本　亮
望月　保博
儀間　小夜子

令和２年度　第1回琉球大学病院　医療安全に係る監査委員会　報告書

１．監査の方法

国立大学法人琉球大学医療安全監査規程（平成29年2月22日制定）に基づき、琉球大学病院（以下、琉大病院）における安全管理体制および医療安全業務について、関係者からの説明を受け、監査を実施した。

・日　時：　令和2年11月26日（木曜日）15:00～17:00
・場　所：　琉球大学病院　機能画像診断センター会議室
・委員長：　近本　亮（熊本大学病院　医療の質・安全管理部、部長）
・委　員：　望月　保博（かりゆし法律事務所　弁護士）
・委　員：　儀間　小夜子（認定NPO法人こども医療支援わらびの会　理事）

２．監査の内容及び結果

前回の監査における指摘事項への対応状況確認の後、琉大病院の医療安全管理体制の確認と医療安全業務の状況確認を行った。なお、今回はコロナ禍のため院内ラウンドは行わず、感染予防に配慮しつつ、会議室での意見交換によって監査を行った。

前回の指摘事項について

手術室搬入時の手術部位マーキングについて、具体的な運用方法が定まっておらず、実施率にも差が見られていたが、現在はマニュアルを策定し、その周知を進めていることが確認された。マーキングがなされていない場合には入室できないように運用を厳格化し、マーキングが困難な症例ではリストバンドに記載するルールに統一されている。手術チェックリストには、インプラント使用の有無をチェックする欄が追加されている。

外来化学療法室で、患者診察券がテーブル上に置かれた状況で患者確認を行っていたが、誤認防止のためネームプレートホルダーに診察券を入れ衣服に装着することで、患者から診察券が離れることがなくなり、患者誤認防止がより確実になったと考えられる。

前回の監査時は小児科の抗癌剤のレジメンオーダー件数が17件であったが、その後40件にまで増加し、病院全体のレジメンオーダー化が進んでいると評価できる。

安全管理体制について

琉大病院では令和２年3月から、医療安全管理と医療の質向上を院長のリーダーシップのもと強力に推進する目的で、医療の質・安全管理部を設置した。部長は医療安全管理責任者（副病院長）、副部長は安全管理対策室長、医療の質

向上対策室長の両名が務めている。医療の質・安全管理部は病院長直属の組織として位置付けられており、今後、琉大病院の医療安全、医療の質向上を推進する上で、効果的な体制であると考えられる。ただ、医療の質向上委員会は定期的な開催ではなく、医療の質向上対策室からの診療データの分析をもとに審議する状況である。今後は定期的に開催しその審議結果を病院長に上申し、さらなる医療の質向上に取り組まれたい。

検査等結果報告に関する安全対策について

CT、MRI、PETなどの検査結果について、全体的な読了管理システムは整備されていないが、いわゆる偶発所見や緊急対応を要する所見を覚知した場合、画像診断担当医が依頼医に直接連絡を行っている。また、当院ではさらにシステム管理室にも連絡をし、彼らが電子カルテを追跡して適切なマネジメントが施行されていることを確認した。病理検査もほぼ同様の運用が行われており、検査結果見逃し防止に効果的であると考えられる。全体的な読了管理システムを導入することは、依頼医がきちんと所見を確認する意識づけとして意味があると考えられるので、次回システム更新時には導入を検討されたい。

検査結果におけるパニック値はきちんと定義がなされており、以前は看護師への連絡も容認していたが、現在は医師への連絡に限定している。このことは、遅滞のない患者対応を行う上で重要な運用であると考えられる。

超音波検査については、生理検査室で実施したものは生理検査レポートシステムから、放射線科での実施、他科での実施、動画データに関してはClaioからの閲覧に変更された。以前は、放射線科実施分はF-reportから閲覧していたため、確認漏れに繋がる可能性が高かったが、この変更により、改善が期待できる。超音波検査は実施場面が多岐にわたり、管理が難しい検査であるので、より確実な結果確認のため、さらなる工夫を期待したい。

セーフティレポートについて

安全管理対策室が中心となり、合併症を含む報告の目安を設定したことは医師からの報告を促すことにつながると考えられる。また、影響度レベル３b以上や警鐘事例については、改善策報告書が義務付けられており、部署と安全管理対策室が協働して改善策を策定している。この改善策が適切に実施されているかを安全管理対策室が確認することをルール化しており、大変素晴らしい活動であると考える。

３．総　括

特定機能病院の医療安全水準を向上させるには、病院長のガバナンスが機能した体制づくりが不可欠である。今回の監査では琉大病院には適切な体制が整

っていることが確認できた。医療の質向上は、医療安全管理に比べ取り組みづらいものであるが、院内組織を改編し医療安全管理と同様に組織的に取り組み始めたことは評価できる。今後は医療の質向上のための活動をさらに充実させていただきたい。セーフティレポートをもとに策定した改善策の実施状況を安全管理対策室がチェックし、必要に応じて追加の改善策を立案するなど、PDCAサイクルを継続的に回すためのシステムが構築されていることも大変評価できる。

医療の安全性向上と質向上は、医療者にとって終わりのない課題である。医療は患者、医療者、その他の医療資源が複雑に絡み合う複雑系システムである上に、医療の発展とともに新たな問題が次々と生じる。それらに対応し続け、安全で高度な医療を提供することは医療機関に課された義務である。琉大病院には、今後も病院長のリーダーシップの下、全職員がこの課題に取り組みつつ、沖縄県で唯一の特定機能病院としての役割を果たしていくことを期待する。

以上。

琉球大学病院の医療安全に係る監査委員会
委員長　近本　亮
望月　保博
儀間　小夜子

令和 3 年 3 月 18 日

国立大学法人琉球大学
学長
西田　睦　様

医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第2項に基づき、外部監査を実施しましたので、別紙のとおり報告申し上げます。

琉球大学医学部附属病院の医療安全に係る監査委員会
委員長　近本　亮
望月　保博
儀間　小夜子

令和２年度　第2回琉球大学病院　医療安全に係る監査委員会　報告書

１．監査の方法

国立大学法人琉球大学医療安全監査規程（平成29年2月22日制定）に基づき、琉球大学病院（以下、琉大病院）における安全管理体制および医療安全業務について、関係者からの説明を受け、監査を実施した。

・日　時：　令和3年3月16日（火曜日）9:00～10:40
・場　所：　琉球大学病院　機能画像診断センター会議室
・委員長：　近本　亮（熊本大学病院　医療の質・安全管理部、部長）
・委　員：　望月　保博（かりゆし法律事務所　弁護士）
・委　員：　儀間　小夜子（認定NPO法人こども医療支援わらびの会　理事）

２．監査の内容及び結果

前回の監査における指摘事項への対応状況確認の後、琉大病院における病理診断業務の安全管理体制について監査を行った。

前回の指摘事項について

琉大病院の医療の質向上を推進する目的で医療の質向上委員会が開催されていたが、定期開催ではなかった。令和2年12月からは年に3回の定期開催と変更したことが確認された。医療の質向上対策室からの診療データを分析し、琉大病院の医療の質向上に取り組んでいることは評価できる。

病理診断業務について

１）光学医療診療部での業務

内視鏡検査前には患者全員に組織生検の同意を得ている。内視鏡検査室に事前にホルマリン入りの容器を準備し、容器の蓋に番号を付している。検査中、組織が採取されるたびに担当医と番号と名前を確認している。消化管内視鏡を実施するのは消化器内科医で、入院、外来とも必ず検査予約のため消化器内科外来を受診している。内視鏡検査結果説明は、当日に検査担当医が行い、生検が行われた場合の検査結果は消化器内科外来で後日説明することとなっている。これにより、患者への説明漏れ、対応漏れが生じる可能性はほとんどないと考えられ、大変良いシステムが運用されている。

光学診療部には内視鏡は４台あり、ホルマリン瓶は1台の鍵付き保管庫で保管されている。事前に保管庫の上にホルマリン瓶が準備され、蓋に番号を付して、検体採取ごとに担当医、看護師のダブルチェックを行い、ホルマリンに浸漬させている。他患者との交差がないように十分配慮されているが、この場面で検体取り

違えがあると、あとから気づくことは極めて困難であるため、絶対にそのようなことがないよう、業務の流れ、確認作業内容を繰り返し見直していく必要がある。

2）手術室での業務

手術室と病理検査室は別のフロアーにあるため、術中迅速病理標本はダムウェーターで搬送されている。所定の病理検査依頼箋に採取した標本の情報を記載し、看護師が病理部門に電話で情報を伝達している。一連の業務の流れには特段の問題はない。

3）病理検査室での業務

病理部門では受理した標本を即座に凍結させて薄切した後、手書きで標本番号を記載したスライドグラスに乗せ標本を作成する。その後、病理部門システムにおいて、バーコード付きラベルをスライドグラスに貼り付け、病理医が診断を行う。病理診断は依頼医のPHSに直接電話し伝達している。病理医と外科医との情報伝達は、PHSを介した１対１の情報伝達であるため、正確に伝わっているかの確認が難しい。病理医が伝達する方法を標準化し、必ず外科医側からのチェックバック（復唱）を行うことをルール化することが望ましい。

病理検査結果の確認について

複数の病理医で診断に迷った症例や診断が変更になった症例に関しては、病理医側がフラグを立て、依頼医にアラートを発するシステムが構築されている。それらに対して依頼医側も適切に対応していることが確認された。このシステムは優れたシステムと言える。一方で、病理医が診断に迷わない大部分の病理検査結果にはフラグが立っておらず、依頼医側が認識し、対応したかの確認はできていない。この問題は大変難しい問題で、全国的にも完成されたシステムはないのが現状である。

## 3．総　括

臨床上、病理診断の持つ意味は大変大きく、特に癌治療においては最終診断となる場合が多い。病理診断の精度を向上させることは病理医のテクニカルスキルと考えられるが、病院としては、病理診断業務の流れを整備し、情報伝達エラーを限りなくゼロに近づけるといった、ノンテクニカルスキルの向上に注力する必要がある。現在の琉大病院での診断業務の流れには大きな問題はなく、安全に実施されていると評価できるが、現在のシステム、ルールは完璧なものではないことを認識し、常にシステム、ルール上の不備がないかを注視していくことが重要である。そのためには各部署からの不具合の報告や、医療安全管理部門などによる院内監査なども取

り入れて、PDCAサイクルを継続的に回し、より安全確実なシステム、ルールを構築して行っていただきたい。職員のシステム、ルールの遵守状況の評価も大変重要である。病理診断を元に患者に適切な医療が確実に提供されることが最終的な目標であることから、診断後の診療科による対応にも目を向け、対応遅れなど、患者に不利益が生じないよう、組織的に取り組んでいただきたい。
琉大病院が沖縄県で唯一の特定機能病院として、高次医療の提供・先端的な医学研究の推進・優れた医療人の育成と同様に、安全な医療システムの確立を追求し、県民の健康と福祉に貢献することを期待する。

以上。

琉球大学病院の医療安全に係る監査委員会
委員長　近本　亮
望月　保博
儀間　小夜子

# 琉球大学病院　レジメン一覧　2020年5月12日現在 **資料２**

| 診療科 | レジメン名 | 注射/処方 | 薬剤名 | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 【肝】インターフェロンβ（1日2回法）（一内科） | 注射 | ロフロンB注射液300万U | 300 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【肝】HCC動注療法（一内科） | 注射 | シスプラチン | 10 mg /Body | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 250 mg /Body | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋ETP（SCLC）（一内科） | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋CPT-11（SCLC）（一内科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】Cyclosphosphamide-pulse（一内科） | 注射 | エンドキサン注 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】AMR 単剤（LK）（一内科） | 注射 | カルセド注 | 35 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】イムノマックスーァ（一内科） | 注射 | イムノマックスーァ注50万U | 25 万単位 /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】イリノテカン単剤療法（一内科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】エンドキサン（CPA）パルス三週連続法（一内科） | 注射 | エンドキサン注 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋S-1併用療法（一内科） | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 9 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋アプラキサン併用療法（一内科） | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注射液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋GEM（3週間隔）（一内科） | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋PTX＋Bmab療法（一内科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注【NK】 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋PEM併用療法（一内科） | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋PEM＋Bmab療法（一内科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】胸膜癒着術（一内科） | 注射 | ビシバニール注 | 10 KE /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】GEM単剤（LK）（一内科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋VNR療法（一内科） | 注射 | ロゼウス静注液 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋PEM併用療法（一内科） | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 7.5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋PEM＋Bmab併用療法（一内科） | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】心膜癒着術（一内科） | 注射 | ブレオ注射用 | 10 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】DTX（3週間隔）療法（一内科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】DTX＋CDDP療法（一内科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】VNR単剤（LK）（一内科） | 注射 | ロゼウス静注液 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】NGT単剤療法（SCLC）（一内科） | 注射 | ハイカムチン注射用 | 1 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】PTX 単剤 weekly 療法（SCLC）（一内科） | 注射 | パクリタキセル注【NK】 | 80 mg /㎡ | ● | | | | ● | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋PTX療法（一内科） | 注射 | パクリタキセル注【NK】 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】Bmab維持療法（一内科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】PEM単剤療法（一内科） | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】PEM＋Bmab併用療法（一内科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋S-1（NSCLC）（一内科） | 注射 | シスプラチン | 60 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 9 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋ETP療法（SCLC）（一内科） | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CDDP＋GEM療法（NSCLC）（一内科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リポソーマルドキソルビシン療法（一内科） | 注射 | ドキシル注射用 | 20 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】Nab-PTX単剤療法（一内科） | 注射 | パクリタキセル注射液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】リツキシマブ単剤療法（一内科） | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 700 mg /㎡ | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】ADOC療法（一内科） | 注射 | オンコビン注 | 0.6 mg /㎡ | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 40 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ヤクルト点滴静注液 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】DTX＋ラムシルマブ併用療法（一内科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】CBDCA＋PTX＋同時胸部放射線療法（一内科） | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | ● | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注【NK】 | 40 mg /㎡ | ● | | | | ● | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | |
| | 【肝】リツキサン療法（一内科） | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】アテゾリズマブ療法（一内科） | 注射 | ヤクシリウ点滴静注 | 1200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】デュルバルマブ療法（NSCLC）（一内科） | 注射 | イピフィンジ点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】ペンブロリズマブ＋PEM（維持）療法（一内科） | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キイトルーダ点滴静注 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アリムタ注射用 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】ペンブロリズマブ＋PEM＋CBDCA療法（一内科） | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キイトルーダ点滴静注 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】ペンブロリズマブ＋PTX＋CBDCA療法（一内科） | 注射 | キイトルーダ点滴静注 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注【NK】 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】ペンブロリズマブ＋nab-PTX＋CBDCA療法（一内科） | 注射 | キイトルーダ点滴静注 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注射液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ヤクシリウ点滴静注 | 1200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】アテゾリズマブ＋Bmab＋PTX＋CBDCA療法（一内科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注【NK】 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】アテゾリズマブ＋Bmab（維持）療法（一内科） | 注射 | ヤクシリウ点滴静注 | 1200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【肝】ラムシルマブ単剤療法（HCC）（一内科） | 注射 | サイラムザ点滴静注液 | 8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【呼】アテゾリズマブ＋CBDCA＋ETP療法（SCLC-ED）（一内科） | 注射 | ヤクシリウ点滴静注 | 1200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ABVD療法（二内科） | 注射 | ダカルバジン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エクザール注射用 | 6 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ブレオ注射用 | 10 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ABVd療法（二内科） | 注射 | ダカルバジン注 | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エクザール注射用 | 6 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ブレオ注射用 | 8 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | APL地固めDA療法（二内科） | 注射 | キロサイド注 | 200 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | 塩酸ダウノルビシン注射用 | 50 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | APL地固めDA療法【2コース】（二内科） | 注射 | キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | 塩酸ダウノルビシン注射用 | 45 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 60 mg /kg | | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ara-C/CY/TBI療法（二内科） | 注射 | キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | 注射用サイメリン | 300 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BEAM療法（二内科） | 注射 | アルケラン静注用 | 140 mg /㎡ | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 200 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 600 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 750 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Biweekly－CHOP療法（二内科） | 注射 | オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BR【+サイクル】（二内科） | 注射 | トレアキシン点滴静注用 | 90 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BR【2～6サイクル】（二内科） | 注射 | トレアキシン点滴静注用 | 90 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CAG療法（二内科） | 注射 | ノバラルビシン | 14 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 10 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CHASE療法（二内科） | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CHOP療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 750 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CPT-11+CBDCA+DEX療法（二内科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 25 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ダカルバジン注 | 600 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CVD療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 750 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CY/TBI 療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 60 mg /kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イホマイド注 | 1000 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DeVIC療法（二内科） | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 300 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イホマイド注 | 1000 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2/3 DeVIC療法（二内科） | 注射 | エトポシド | 67 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液【日医工】 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/点滴薬剤名 | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第二内科 | Dose-adjusted EPOCH 療法（二内科） | 注射 エトポシド | 25 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 750 mg /㎖ | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 0.4 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 10 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EPOCH療法（二内科） | 注射 エトポシド | 25 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 750 mg /㎖ | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 0.4 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 10 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ESHAP療法（二内科） | 注射 エトポシド | 40 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 25 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 250 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FCR療法【1コース目】（二内科） | 注射 フルダラ注 | 25 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 250 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FCR療法【2-6コース目】（二内科） | 注射 フルダラ注 | 25 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu-Bu-TBI（二内科） | 注射 フルカリク点滴静注用 | 0.8 mg /kg | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu＋Mel（二内科） | 注射 アルケラン静注用 | 140 mg /㎡ | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルダラ注 | 25 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 500 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu＋CY＋ATG療法（二内科） | 注射 フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HAM（二内科） | 注射 塩酸ミトキサントロン注射液 | 12 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イダマイシン静注用 | 12 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IDA-FLAG（二内科） | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | irinotecan＋temozolomide（二内科） | 注射 テモダール点滴静注用 | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 10 mg /㎖ | ● | ● | ● | ● | ● | | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | JALSG AML201 寛解後療法【HD-AC】療法（二内科） | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | JALSG AML201 寛解導入【DA】療法（二内科） | 注射 キロサイド注 | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 塩酸ダウノルビシン注射用 | 50 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | JALSG AML201 寛解導入【IA】療法（二内科） | 注射 イダマイシン静注用 | 12 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | JALSG【Ph＋】ALL202 CI（地固め）療法（二内科） | 注射 キロサイド注 | 40 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 15 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | JALSG【Ph＋】ALL202 寛解導入療法（二内科） | 注射 オンコビン注 | 1.3 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 40 mg /Body | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 15 mg /Body | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | |
| | | 注射 塩酸ダウノルビシン注射用 | 60 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アルケラン静注用 | 130 mg /㎡ | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LEED療法（二内科） | 注射 エトポシド | 150 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 60 mg /kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LCH AraC療法（ランゲルハンス細胞組織球症）（二内科） | 注射 キロサイド注 | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LCH ミニCdA療法（ランゲルハンス細胞組織球症）（二内科） | 注射 ロイケリン注 | 5 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LCH VBL＋PSL療法（ランゲルハンス細胞組織球症）（二内科） | 注射 エクザール注射用 | 6 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | L-PAM大量療法（二内科） | 注射 アルケラン静注用 | 100 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 注射用サイメリン | 200 mg /㎡ | ● | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MCEC療法（二内科） | 注射 エトポシド | 250 mg /㎡ | | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 50 mg /kg | | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 300 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 注射用サイメリン | 300 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MEAM療法（二内科） | 注射 アルケラン静注用 | 140 mg /㎡ | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エトポシド | 200 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 200 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | medium-dose VP-16/CY/TBI療法（二内科） | 注射 エトポシド | 5 mg /kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 60 mg /kg | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イホマイド注 | 1330 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MINE療法（二内科） | 注射 エトポシド | 65 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 塩酸ミトキサントロン注射液 | 8 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イホマイド注 | 1200 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | modified ICE療法（二内科） | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 注射用サイメリン | 60 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フィルデシン注 | 2.4 mg /㎡ | | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | | | | | | | | | | | | | | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 350 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | modified LSG15療法（二内科） | 注射 オンコビン注 | 1 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 250 mg /㎡ | | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 30 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 40 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MTX大量療法（二内科） | 注射 メソトレキセート注 | 3500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PAD療法（二内科） | 注射 ベルケイド注射用 | 1.3 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 20 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-CHASE療法（二内科） | 注射 エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 750 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-CHOP療法【外来用】（二内科） | 注射 オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 200 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 800 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 40 mg /Body | ● | | | ● | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (R)CODOX-M療法（二内科） | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 40 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 15 mg /Body | | | | | | | | | | | | | | | ● | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート点滴静注液 | 1200 mg /㎡ | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート点滴静注液 | 5520 mg /㎡ | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エトポシド | 40 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-ESHAP療法（二内科） | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 25 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 900 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 2 mg /Body | | | | ● | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 100 mg /Body | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-Hyper-CVAD療法（1,3,5,7コース）（二内科） | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 50 mg /㎡ | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 12 mg /Body | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イホマイド注 | 1500 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-IVAC療法（二内科） | 注射 エトポシド | 60 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 100 mg /Body | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キロサイド注 | 3000 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 12 mg /Body | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-MA療法（2,4,6,8コース）（二内科） | 注射 メソトレキセート注 | 2000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 800 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 トレアキシン点滴静注用 | 90 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-ベンダムスチン療法（二内科） | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 トレアキシン点滴静注用 | 90 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-ベンダムスチン療法【改】（二内科） | 注射 リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ロイナーゼ注用 | 6000 単位 /㎡ | | | | | | | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イホマイド注 | 1500 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SMILE療法（二内科） | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 10 mg /㎡ | | | ● | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | sMTX療法（二内科） | 注射 メソトレキセート注 | 15 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 テラルビシン注射用 | 90 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | THP-COP療法（二内科） | 注射 エンドキサン注 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 1 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | triple IT（二内科） | 注射 キロサイド注 | 40 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 15 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 0.4 mg /Body | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAD療法【初回-2回目用】（二内科） | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 9 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ベルケイド注射用 | 1 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Velcade＋L-PAM大量療法（二内科） | 注射 アルケラン静注用 | 200 mg /㎡ | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VP＋CBDCA療法（二内科） | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 160 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アクテムラ（二内科） | 注射 アクテムラ点滴静注用 | 8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アザチオプリン療法（二内科） | 注射 ビダーザ注射用 | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | エンドキサン大量療法（二内科） | 注射 エンドキサン注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【強化】BEACOPP療法（二内科） | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 プレオ注射用 | 10 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/服用薬剤名 | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ゲムシタビン療法（二内科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 大量キロサイド（二内科） | 注射 | キロサイド注 | 3000 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【標準】BEACOPP療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 650 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | プレオ注射用 | 10 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ブレンツキシマブベドチン療法（二内科） | 注射 | アドセトリス点滴静注用 | 1.8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ベルケイド療法（1～8サイクル）（二内科） | 注射 | ベルケイド注射用 | 1.3 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | ● | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ベルケイド療法（9サイクル以降）（二内科） | 注射 | ベルケイド注射用 | 1.3 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | |
| | ポラリジオ（悪用）療法（二内科） | 注射 | ポラリジオ点滴静注 | 1 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | マイロターグ併用療法（二内科） | 注射 | ゲムシタマブオゾガミシン遺伝子組換え注射用 | 3 mg /㎡ | ● | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リツキサン療法（二内科） | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 14.5 mg /kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu-Cy-PTCy療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 50 mg /kg | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | エトポシド単独療法（血球貪食症候群）（二内科） | 注射 | エトポシド | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 40 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DCEP療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 400 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 10 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ベルケイド注射用 | 1 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 40 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VTD-PACE療法【寛解導入】療法【1コース目】（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 400 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 10 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 10 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ベルケイド注射用 | 1 mg /㎡ | | | | ● | | | | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 40 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VTD-PACE療法【寛解導入】療法【2コース目】（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 400 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 10 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 10 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ベルケイド注射用 | 1 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | ● | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VTD-PACE療法【地固め】療法【1コース目】（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 300 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 7.5 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 7.5 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ベルケイド注射用 | 1 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 30 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VTD-PACE療法【地固め】療法【2コース目以降】（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 300 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 7.5 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 7.5 mg /㎡ | | | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 5 mg /kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VP/CY/TBI療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 60 mg /kg | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ダキサリプラチン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GELOX療法（二内科） | 注射 | ロイナーゼ注用 | 6000 単位 /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ベントスタチン単独療法（二内科） | 注射 | コホリン静注用 | 4 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アムケラン静注用 | 40 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HDAraC-Flu-Mel療法（二内科） | 注射 | キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 50 mg /kg | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu-TBI-PTCy療法（二内科） | 注射 | フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 20 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | kRd療法（1サイクル目）（二内科） | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 27 mg /㎡ | | | | | | | | ● | ● | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | KRd療法（2～12サイクル目）（二内科） | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 27 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | ● | ● | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | KRd療法（13～1サイクル目）（二内科） | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 27 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E-Ld(elotuzumab)療法(①～②サイクル目)（二内科） | 注射 | エムプリティ点滴静注用(エロツズマブ) | 10 mg /kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E-Ld(elotuzumab)療法(③サイクル目以降)（二内科） | 注射 | エムプリティ点滴静注用(エロツズマブ) | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HCL 2-CdA療法（ヘアリーセル）（二内科） | 注射 | ロイスタチン注 | 0.09 mg /kg | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アムケラン静注用 | 70 mg /㎡ | | | | | | | | | | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | | | | | | | | | | | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LDEC/Flu/LPAM/ATG/mPSL/VP-16療法（第二内科） | 注射 | エトポシド | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルダラ注 | 30 mg /㎡ | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DBd療法（1-3コース目）（二内科） | 注射 | ベルケイド注射用 | 1.3 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | ● | | | ● | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ダラザレックス点滴静注 | 16 mg /kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DBd療法（4-8コース目）（二内科） | 注射 | ベルケイド注射用 | 1.3 mg /㎡ | ● | | | ● | | | | ● | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ダラザレックス点滴静注 | 16 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DBd療法9コース目以降）（二内科） | 注射 | ダラザレックス点滴静注 | 16 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R-MPV療法（二内科） | 注射 | メソトレキセート注 | 3500 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ノバルカスカル点滴静注用 | 3.2 mg /kg | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu/BuL【1日1回、4日間】（二内科） | 注射 | フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ノバルカスカル点滴静注用 | 3.2 mg /kg | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Flu/BuL【1日1回、2日間】（二内科） | 注射 | フルダラ注 | 30 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【緩】エンドキサンパルス療法（2内科） | 注射 | エンドキサン注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【内】CBDCA＋VP-16療法（NEC）（二内科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 200 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 30 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 12 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ロイコボリン注 | 15 mg /㎡ | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イホマイド注 | 800 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NHL-BFM95（Course A）（二内科） | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 150 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド | 30 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 12 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ロイコボリン注 | 15 mg /㎡ | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 200 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NHL-BFM95（Course B）（二内科） | 注射 | キロサイド注 | 30 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 25 mg /㎡ | | | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 12 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ロイコボリン注 | 15 mg /Body | | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イホマイド注 | 900 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | modified Bonn療法 Aパート（二内科） | 注射 | オンコビン注 | 2 mg /Body | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 3000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ピーリンサイト点滴静注用 | 27 μ g /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ピーリンサイト療法①サイクル目（体重45kg以上）（二内科） | 注射 | ピーリンサイト点滴静注用 | 28 μ g /Body | | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | |
| | | 注射 | ピーリンサイト点滴静注用 | 36 μ g /Body | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ロイコボリン注 | 15 mg /Body | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | modified Bonn療法 Bパート（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 200 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 2 mg /Body | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 3000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DLd療法（①～②コース/1-8週）（二内科） | 注射 | ダラザレックス点滴静注 | 16 mg /kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | |
| | DLd療法（③～⑥コース/9-24週）（二内科） | 注射 | ダラザレックス点滴静注 | 16 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DLd療法（⑦コース以降/25週以降）（二内科） | 注射 | ダラザレックス点滴静注 | 16 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | modified Bonn療法Cパート（二内科） | 注射 | フルダラン注 | 5 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ピーリンサイト療法②サイクル目および地固め（体重45kg以上）（二内科） | 注射 | ピーリンサイト点滴静注用 | 28 μ g /Body | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | |
| | ピーリンサイト療法 維持（体重45kg以上）（二内科） | 注射 | ピーリンサイト点滴静注用 | 28 μ g /Body | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 900 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | c-MOPP療法（二内科） | 注射 | オンコビン注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 70 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kd療法【K週1回投与】②～⑨サイクル目）（二内科） | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 20 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kd療法【K週1回投与】①サイクル目）（二内科） | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 70 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kd療法【K週1回投与】⑩サイクル目以降）（二内科） | 注射 | カイプロリス点滴静注用 | 70 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アドセトリス点滴静注用 | 1.8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A＋CHP療法（二内科） | 注射 | エンドキサン注 | 750 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | オビヌツズマブ療法（①サイクル）（二内科） | 注射 | オビヌツズマブ | 1000 mg /Body | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | オビヌツズマブ療法（維持）（二内科） | 注射 | オビヌツズマブ | 1000 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | オビヌツズマブ療法（②～⑧サイクル）（二内科） | 注射 | オビヌツズマブ | 1000 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ポラリジオ（悪用）療法（二内科） | 注射 | ポラリジオ点滴静注 | 1 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HAM インターフェロンα | 注射 | スミフェロン注 | 300 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三内科 | エンドキサンパルス（三内科） | 注射 | エンドキサン注 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | インターフェロンα錠注療法（三内科） | 注射 | スミフェロン注 | 300 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | タイサブリ療法（三内科） | 注射 | タイサブリ点滴静注 | 300 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リツキシマブ療法_急速滴注時点滴検査あ（三内科） | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リツキシマブ療法_急速滴注時点滴検査なし（三内科） | 注射 | リツキサン注 | 375 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】AC(セット)（一外科） | 注射 | エンドキサン注 | 600 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】CMFレジメン セット（一外科） | 注射 | フルオロウラシル注 | 600 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 40 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】ドセタキセル（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】Docetaxel(セット)（一外科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】GT療法（一外科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1250 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】Herceptin（一外科） | 注射 | ハーセプチン注 | 2 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】H + Docetaxel(セット)（一外科） | 注射 | ハーセプチン注 | 2 mg /kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/処方薬剤名 | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 【乳】H＋Paclitaxel－Weeklyセット（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 2 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注【NK】 | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】H＋ゲムシタビン併用療法（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 2 mg /kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1250 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】H＋ビノレルビン Weekly（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 2 mg /kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ロゼウス静注液 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】Paclitaxel－Weeklyセット（一外科） | 注射 パクリタキセル注【NK】 | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】Weekly PTX＋BEV療法（一外科） | 注射 アバスチン点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注【NK】 | 90 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】アブラキサン療法（一外科） | 注射 パクリタキセル注射液 | 260 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】ゲムシタビン単剤療法（一外科） | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1250 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】乳腺TC療法（一外科） | 注射 エンドキサン注 | 600 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】ハーセプチン術後療法（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】ハラヴェン療法（一外科） | 注射 ハラヴェン静注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】アミソロデックス療法（一外科） | 注射 アミソロデックス筋注 | 500 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パージェタ点滴静注 | 420 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】ベクロメタゾン＋トラスツズマブ＋ドセタキセル療法（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】リュープリン【11.25】療法（一外科） | 注射 リュープリンSR注射キット | 11.25 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】CPT-11・CDDP併用療法（一外科） | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 6 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】Docetaxel Weekly（3投1休）（一外科） | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 30 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】Biweekly DCF療法（一外科） | 注射 シスプラチン | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】シスプラチンDDS療法（一外科） | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】XP ハーセプチン【初回】（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】XP ハーセプチン【2回目以降】（一外科） | 注射 ハーセプチン注 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】食道FAN（一外科） | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 30 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 600 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アイエーコール肝動注（肝細胞Ca）（一外科） | 注射 動注用アイエーコール注 | 65 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】ゲムシタビン＋ドセタキセル療法（一外科） | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 900 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 75 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】ドセタキセル・S-1併用療法（一外科） | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 30 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】S-1隔日＋ドセタキセル（一外科） | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 40 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】放射線併用ドセタキセル（一外科） | 注射 ドセタキセル点滴静注【ニプロ】 | 10 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】パクリタキセル weekly療法（3投1休）（一外科） | 注射 パクリタキセル注【NK】 | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】パクリタキセル・S-1併用療法（一外科） | 注射 パクリタキセル注【NK】 | 120 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】パクリタキセル隔週（一外科） | 注射 パクリタキセル注【NK】 | 140 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cmab【初回】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cmab【2回目以降】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cmab【biweekly】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】CPT-11/CDDP併用療法【内服あり】（胃Ca）（一外科） | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRI（CPT-11）+Cmab【biweekly】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRI（CPT-11）+Cmab【2回目以降】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRI（CPT-11）+Cmab【初回】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRI（CPT-11）+Cmab【2回目以降】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRI（CPT-11）+Pmab（一外科） | 注射 パニツムマブ（遺伝子組換え）注射液 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRINOX療法（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 180 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI（一外科） | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI+Bmab【5】（一外科） | 注射 アバスチン点滴静注 | 5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI+Bmab【10】（一外科） | 注射 アバスチン点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI＋Cmab【biweekly】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 500 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI＋Cmab【初回】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アービタックス注射液 | 400 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一外科 | FOLFIRI＋Cmab【2回目以降】（一外科） | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI＋Pmab（一外科） | 注射 パニツムマブ（遺伝子組換え）注射液 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FP（肛門管Ca）（一外科） | 注射 シスプラチン | 80 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 800 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mFOLFOX6（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mFOLFOX6+Bmab【5】（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アバスチン点滴静注 | 5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mFOLFOX6+Bmab【10】（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アバスチン点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mFOLFOX6+Cmab【初回】（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アービタックス注射液 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mFOLFOX6+Cmab【2回目以降】（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mFOLFOX6+Pmab（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パニツムマブ（遺伝子組換え）注射液 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pmab（一外科） | 注射 パニツムマブ（遺伝子組換え）注射液 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | sLV5FU（一外科） | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOX（一外科） | 注射 オキサリプラチン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/服用薬剤名 | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOX+Bmab（一外科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 7.5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S-1/ゲムシタビン（一外科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cape+Bmab（一外科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 7.5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CapeOX（XELOX）（一外科） | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CapeOX（XELOX）+Bmab（一外科） | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 7.5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゲムシタビン(Weekly)療法（2投1休）（一外科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゲムシタビン(Weekly)療法（3投1休）（一外科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRIS（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 7.5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IRIS+Bmab（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFOXIRI（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 165 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 3200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】カドサイラ療法（一外科） | 注射 | カドサイラ点滴静注用 | 3.6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】トラスツズマブ＋エリブリン（一外科） | 注射 | ハーセプチン注 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ハラヴェン静注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 7.5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CapeIRI（XELIRI）+Bmab（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】XELOX胃Cu療法（一外科） | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ダカルバジン点滴静注液 | 8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI＋RAM（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】オキサリプラチン/DOS療法（一外科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFOXIRI+Bmab【導入：～12cycle】（一外科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 3000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFOXIRI+Bmab【維持】（一外科） | 注射 | フルオロウラシル注 | 3000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ロンサーフ＋Bmab（一外科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 5 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ヤルラック点滴静注 | 4 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI＋Aflibercept（一外科） | 注射 | フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】nab-PTX毎週投与法（一外科） | 注射 | パクリタキセル注射液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【上】nab-PTX＋RAM（一外科） | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 85 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注射液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】dose-dense　AC療法（一外科） | 注射 | エンドキサン注 | 600 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】HP療法(トラスツズマブ＋ペルツマブ)（一外科） | 注射 | パージェタ点滴静注 | 420 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ハーセプチン注 | 6 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【乳】アテゾリズマブ＋nab-PTX療法（一外科） | 注射 | パクリタキセル注射液 | 840 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注射液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脳神経外科 | | 注射 | エトポシド | 60 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Carb＋VP16（脳外科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 300 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Feron（脳外科） | 注射 | フエロン注射用 | 300 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | High dose MTX（脳外科） | 注射 | メソトレキセート点滴静注液 | 1100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート点滴静注液 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ICE（脳外科） | 注射 | イホマイド注 | 900 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 60 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MTX術中髄腔内投与療法（脳外科） | 注射 | メソトレキセート注 | 5 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アバスチン療法【10】(脳外科) | 注射 | アバスチン点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アバスチン＋テモダール療法（維持療法期）（脳外科） | 注射 | テモダール点滴静注用 | 150 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | High-dose methotrexate療法（2week cycle）(脳外科) | 注射 | メソトレキセート注 | 2000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3剤併用術中髄注療法（脳外科） | 注射 | キロサイド注 | 20 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 6 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 光線力学療法（脳外科） | 注射 | 注射用レザフィリン | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | テモダール療法（初期治療）(脳外科) | 注射 | テモダール点滴静注用 | 75 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BEV/CBDCA療法（脳外科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR*25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HD-MTX-LV救援＋VCR（整形外科） | 注射 | メソトレキセート点滴静注液 | 10000 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NECO-95J　CDDP+ADR（整形外科） | 注射 | シスプラチン | 120 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NECO-95J　イフォマイド（整形外科） | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 30 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イホマイド注 | 1500 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAC療法（整形外科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 1.35 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAC療法【Vのみ】（整形外科） | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAdrCA＋E療法（0,6,13,19,25w）（整形外科） | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 37.5 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAdrCA＋E療法（3,9,16,22,28,34,40,46w）（整形外科） | 注射 | イホマイド注 | 1800 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | コスメゲン静注用 | 1.25 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAdrCA＋E療法（VAC）（31,37,43,49w）（整形外科） | 注射 | エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 2 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アクテムラ（整形外科） | 注射 | アクテムラ点滴静注用 | 8 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アドリアシン＋イフォマイド療法（整形外科） | 注射 | イホマイド注 | 2000 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 30 mg /㎡ | | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | オレンシア（整形外科） | 注射 | オレンシア点滴静注用 | 500 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゲムシタビン+ドセタキセル療法（整形外科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | レミケード（整形外科） | 注射 | レミケード点滴静注用 | 3 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ヨンデリス点滴静注療法（整形外科） | 注射 | ヨンデリス点滴静注用 | 1.2 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NECO-95J 高用量メソトレキセート 12k/m2(整形外科) | 注射 | メソトレキセート注 | 12000 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (ハイオンミラー)インフリキシマブ(整形外科) | 注射 | インフリキシマブBS点滴静注用 | 3 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 低用量MTX＋VBL療法(整形外科) | 注射 | エクザール注射用 | 6 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 30 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BEP（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ブレオ注射用 | 20 mg /㎡ | | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CBDCA単剤（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR*25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CDDP単剤(50mg/m2、tri-weekly)（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Concurrent chemoradiation(CDDP20mg/m2 5d)（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CPT-11（産婦人科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CPT-11+MMC（産婦人科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 140 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | マイトマイシン注用 | 7 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CPT-11＋ネダプラチン(CN)療法(産婦人科) | 注射 | アクプラ静注用 | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DC（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR*25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 70 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ddTC療法（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR*25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.5 mg /Body | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EP/EMA（産婦人科） | 注射 | エトポシド | 150 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 300 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FA（産婦人科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.5 mg /Body | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 1500 mg /Body | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GD療法（産婦人科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 900 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GEM単独療法（産婦人科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.5 mg /Body | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | High dose MTX , EMA/CO（産婦人科） | 注射 | エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 600 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メソトレキセート注 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MTX単剤（産婦人科） | 注射 | メソトレキセート注 | 0.4 mg /kg | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MTX(IM)外科（産婦人科） | 注射 | メソトレキセート注 | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MTX+Folinic acid（産婦人科） | 注射 | メソトレキセート注 | 1 mg /kg | ● | | ● | | ● | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/服薬薬剤名 | | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 産婦人科 | PE（産婦人科） | 注射 | エトポシド | 100 mg／m² | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エクザール注射用 | 0.15 mg／kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PVB（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 20 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ブレオ注射用 | 30 mg／Body | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOX療法【子宮頸部腺Ca】（産婦人科） | 注射 | オキサリプラチン点滴静注液 | 100 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 他方 | エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠／m²(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TC（ロダプレハンション）（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR-25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TC（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TC/TE（産婦人科） | 注射 | エトポシド | 150 mg／m² | | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 80 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TP（絨毛Ca）（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 25 mg／m² | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TP（NAC）静注（子宮頸Ca）（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 75 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAC【14歳以上】（産婦人科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.3 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 150 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イホマイド注 | 1200 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VeIP（産婦人科） | 注射 | エクザール注射用 | 0.11 mg／kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 20 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly CCRT（CBDCA）（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly CDDP(CCRT)【ショートハイドレーション】（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 40 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly パクリタキセル（産婦人科） | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 80 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly TC療法 | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 80 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アクチノマイシン-D単剤（産婦人科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.01 mg／kg | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アドリアマイシン単剤（産婦人科） | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PLD単剤（産婦人科） | 注射 | ドキシル注射用 | 50 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PLD＋CBDCA療法（産婦人科） | 注射 | ドキシル注射用 | 30 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ドセタキセル単剤（産婦人科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 70 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リューブリン【1.88】（産婦人科） | 注射 | リューブリン注射用 | 1.88 mg／Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly ネダプラチン（CCRT）（産婦人科） | 注射 | アクプラ静注用 | 35 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.5 mg／Body | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg／m² | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EMA/CO（産婦人科） | 注射 | エンドキサン注 | 600 mg／m² | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 1 mg／m² | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メトトレキセート注 | 200 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | AP_子宮体Ca（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 50 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly パクリタキセル＋Bmab（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 10 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 80 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | |
| | 卵巣Ca Bmab単独（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 頸Ca_TP＋Bmab（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 50 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 頸Ca_TC＋Bmab（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 卵巣Ca_TC＋Bmab（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly TP CCRT（産婦人科） | 注射 | シスプラチン | 30 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 50 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 卵巣Ca_PLD＋Bmab（産婦人科） | 注射 | ドキシル注射用 | 40 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 10 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GEM＋Bmab療法（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ネダプラチン＋パクリタキセル（産婦人科） | 注射 | アクプラ静注用 | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 175 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ネダプラチン＋ドセタキセル（産婦人科） | 注射 | アクプラ静注用 | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 70 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 頸Ca Bmab単剤療法（産婦人科） | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 15 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 卵巣Ca_DC＋Bmab（産婦人科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 75 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アバスチン点滴静注 | 5 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 卵巣Ca_CPT-11+Bmab（産婦人科） | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 90 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児科 | 小児LCH/リスク別臨床試験 LCH-12 早期維持相【A-a】（小児科） | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | キロサイド注 | 150 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 小児LCH/リスク別臨床試験 LCH-12 早期維持相【A-b】（小児科） | 注射 | オンコビン注 | 1.5 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | メトトレキセート注 | 20 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 小児LCH/リスク別臨床試験 LCH-12 後期維持相【C-a】（小児科） | 注射 | エクザール注射用 | 6 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | イノツズマブ単剤療法（①サイクル目）（小児科） | 注射 | ベスポンサ点滴静注用 | 0.5 mg／m² | | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | イノツズマブ単剤療法（②サイクル目以降）（小児科） | 注射 | ベスポンサ点滴静注用 | 0.8 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ベスポンサ点滴静注用 | 0.5 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ブリナツモマブ単独療法【45kg未満】①サイクル目（小児科） | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 9 μg／m² | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 45 μg／m² | | | | | | | | ● | | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | | | | | |
| | ブリナツモマブ単独療法【45kg未満】②～⑤サイクル目（小児科） | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 45 μg／m² | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● | | | | | |
| | ブリナツモマブ単独療法【45kg以上】①サイクル目（小児科） | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 9 μg／Body | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 36 μg／Body | | | | | | | | ● | | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | | | | | |
| | ブリナツモマブ単独療法【45kg以上】②～⑤サイクル目（小児科） | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 9 μg／Body | ● | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ビーリンサイト点滴静注用 | 112 μg／Body | | | | | | | | ● | | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | ● | | | | | | |
| | IE療法（小児科） | 注射 | イホマイド注 | 1800 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 100 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAC療法（コスゲン）（小児科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 1.25 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エンドキサン注 | 1200 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 2 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAC療法（ドキソルビシン）（小児科） | 注射 | エンドキサン注 | 1200 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 2 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 37.5 mg／m² | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NWTS/EE-4A(0-2w)（小児科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.045 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 0.05 mg／kg | | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NWTS/EE-4A(3-5w, 6-8w)（小児科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.0455 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 0.05 mg／kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NWTS/EE-4A(9-11w)（小児科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.045 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 0.05 mg／kg | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NWTS/EE-4A(12-14w,15-17w)（小児科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.045 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 0.067 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NWTS/EE-4A(18-24w)（小児科） | 注射 | コスメゲン静注用 | 0.045 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 0.067 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TEMIRI(Temozolomide＋Irinotecan)療法（小児科） | 注射 | テモダール点滴静注用 | 100 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | イリノテカン塩酸塩 | 40 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リューブリン注【1.88】（小児科） | 注射 | リューブリン注射用 | 0.03 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | エトポシド | 8 mg／kg | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VEC（VCR＋ETP＋CBDCA）療法【≦36months of age】（小児科） | 注射 | オンコビン注 | 0.05 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 18.6 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アザシチジン療法（小児科） | 注射 | ビダーザ注射用 | 75 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GEM＋DOC療法（小児科） | 注射 | ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 100 mg／m² | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚科 | CDDP/ADM（皮膚科） | 注射 | シスプラチン | 60 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドキソルビシン塩酸塩 | 20 mg／m² | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ニドラン注 | 60 mg／m² | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DAC-Tam(メラノーマ)（皮膚科） | 注射 | ダカルバジン注 | 160 mg／m² | | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 85 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ニドラン注 | 50 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DAV Feron（皮膚科） | 注射 | ダカルバジン注 | 80 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フエロン注射用 | 300 万単位／Body | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オンコビン注 | 0.5 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Docetaxel-weekly（皮膚科） | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 25 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DTIC（皮膚科） | 注射 | ダカルバジン注 | 250 mg／m² | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IL-2時間動注＋肌注（皮膚科） | 注射 | セロイク注射用 | 40 万単位／Body | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PEP/MMC（皮膚科） | 注射 | ペプレオ注射用 | 2.5 mg／Body | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | マイトマイシン注用 | 10 mg／Body | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | エンドキサンパルス療法（皮膚科） | 注射 | エンドキサン注 | 500 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | パクリタキセル＋カルボプラチン療法（皮膚科） | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg・GFR+25 | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 100 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フェロン療法（皮膚科） | 注射 | フエロン注射用 | 300 万単位／Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ボリジオ（皮膚科） | 注射 | ボリジオ点滴静注 | 1 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | L-ミラード（皮膚科） | 注射 | L-ミラード点滴静注用 | 3 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ipilimumab（ヤーボイ）（皮膚科） | 注射 | ヤーボイ点滴静注液 | 3 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | weekly パクリタキセル（血管肉腫：6投2休）（皮膚科） | 注射 | パクリタキセル注(NK) | 100 mg／m² | ● | | | | ● | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | |
| | 「メイオンネラ」インフリキシマブ（皮膚科） | 注射 | インフリキシマブBS点滴静注用 | 5 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | パベンチオ（アベルマブ）療法（皮膚科） | 注射 | パベンチオ点滴静注 | 10 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法【①～④コース】（皮膚科） | 注射 | ヤーボイ点滴静注 | 3 mg／kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | オプジーボ点滴静注 | 80 mg／Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | エンドキサンパルス（Biweekly）療法（皮膚科） | 注射 | エンドキサン注 | 900 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | セツキシマブ単独療法（SCC）【2回目以降】（皮膚科） | 注射 | アービタックス注射液 | 250 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | セツキシマブ単独療法（SCC）【初回】（皮膚科） | 注射 | アービタックス注射液 | 400 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BCG腫注療法（泌尿器科） | 注射 | イムノブラダー腫注用 | 80 mg／Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/服用薬剤名 | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 腎泌尿器外科 | DIN療法【Testicular tumor】(泌尿器科) | 注射 アクプラ静注用 | 75 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イホマイド注 | 2000 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GC療法(泌尿器科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 70 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GC療法(泌尿器科) | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR•25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G単剤療法(泌尿器科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | M-VAC療法(泌尿器科) | 注射 エクザール注射用 | 3 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 70 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 30 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 30 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | |
| | Paclitaxel and Gemcitabine(泌尿器科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注[NK] | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PF(CF)(泌尿器科) | 注射 シスプラチン | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 960 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TIP(泌尿器科) | 注射 イホマイド注 | 1200 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 20 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注[NK] | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VAC療法(泌尿器科) | 注射 コスメゲン静注用 | 0.045 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エンドキサン注 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オンコビン注 | 1.5 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VIP療法(泌尿器科) | 注射 イホマイド注 | 1200 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 エトポシド | 75 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | イムネース(泌尿器科) | 注射 イムネース注35万国内単位 | 70 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | イリノテカン・ネダプラチン療法①(泌尿器科) | 注射 アクプラ静注用 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | イリノテカン・ネダプラチン療法②(泌尿器科) | 注射 アクプラ静注用 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CBZ+PSL療法(泌尿器科) | 注射 ジェブナ点滴静注 | 25 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | スミフェロン300(泌尿器科) | 注射 スミフェロン注ATイバル | 300 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | セミノーマ/カルボプラチン JUA7 ヨコール(泌尿器科) | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゾラデックス【3.6】(泌尿器科) | 注射 ゾラデックスデポ注3.6mg | 3.6 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Penile ca、TIP療法(泌尿器科) | 注射 イホマイド注 | 1200 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注[NK] | 175 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゾラデックス【LA 10.8】(泌尿器科) | 注射 ゾラデックスLA10.8mgデポ | 10.8 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ドセタキセル(泌尿器科) | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | トーリセル(泌尿器科) | 注射 トーリセル点滴静注液 | 25 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ビラルビシン腸注療法(泌尿器科) | 注射 ドラルビシン注射用 | 30 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リューブリン【11.25】(泌尿器科) | 注射 リューブリンSR注射キット | 11.25 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GD療法(泌尿器科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 800 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 60 mg /㎡ | | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S-1／CDDP療法(泌尿器科) | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | |
| | リツキサン免疫抑制療法(泌尿器科) | 注射 リツキサン注 | 100 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 隣接個MVAC動注療法(泌尿器科) | 注射 エクザール注射用 | 3 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 70 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 30 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 30 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | |
| | 除塞Ca動注化学療法(泌尿器科) | 注射 シスプラチン | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 1200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ブレオ注射用 | 15 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 マイトマイシン注用 | 4.5 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 メソトレキセート注 | 110 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リューブリン【22.5】(腎泌尿器外科) | 注射 リューブリン(PRO)注射用キット | 22.5 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゴナックス(溶解液付)【初回】(腎泌尿器外科) | 注射 ゴナックス皮下注用 | 120 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゴナックス(溶解液付)【2回目以降】(腎泌尿器外科) | 注射 ゴナックス皮下注用 | 80 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Low-dose Paclitaxel and Gemcitabine(泌尿器科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 700 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注[NK] | 70 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GEMOX療法(泌尿器科) | 注射 オキサリプラン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | スミフェロン注【DS】300万IU(泌尿器科) | 注射 スミフェロン注 | 300 万単位 /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GDP療法(ゲムシタビン+オキサリプラン+パクリタキセル)(泌尿器科) | 注射 オキサリプラン点滴静注液 | 130 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 800 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注[NK] | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ニボルマブ+イピリムマブ併用療法【①～④コース】(泌尿器科) | 注射 ヤーボイ点滴静注液 | 1 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 オプジーボ点滴静注 | 240 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FOLFIRI療法(尿膜管Ca)(泌尿器科) | 注射 イリノテカン塩酸塩 | 180 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 2400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 レボホリナートカルシウム | 200 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PE療法(泌尿器科) | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | カルボプラチン+エトポシド療法(泌尿器科) | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR•25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉科 | アベルマブ+アキシチニブ療法(泌尿器科) | 注射 バベンチオ点滴静注 | 10 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bi-Weekly Docetaxel(頭頸部Ca)(耳鼻科) | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cetuximab＋RT【初回】頭頸部Ca(耳鼻科) | 注射 アービタックス注射液 | 400 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cetuximab＋RT【2回目以降】頭頸部Ca(耳鼻科) | 注射 アービタックス注射液 | 250 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NDP-5-FU同時療法(頭頸部Ca)(耳鼻科) | 注射 アクプラ静注用 | 90 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 900 mg /㎡ | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TPF療法(耳鼻科) | 注射 アクプラ静注用 | 60 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 60 mg /㎡ | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 600 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly Docetaxel(CCRT)(頭頸部Ca)(耳鼻科) | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 10 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 動注(TXT、CDGP)(耳鼻科) | 注射 アクプラ静注用 | 90 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 60 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ビシバニール局注療法(耳鼻科) | 注射 ビシバニール注 | 5 KE /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シスプラチン療法(耳鼻科) | 注射 シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 逆行性超選択的動注化学療法(1～6週)(耳鼻科) | 注射 シスプラチン | 8 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 10 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 キイトルーダ点滴静注 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ベムブロリズマブ+CDDP+5-FU併用療法(耳鼻科) | 注射 シスプラチン | 80 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 1000 mg /㎡ | | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 10 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共通レジメン | S-1(1投1休) | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S-1(2投1休) | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S-1(3投2休) | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | |
| | S-1(4投2休) | 処方 エスワンタイホウ配合OD錠 T20 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | |
| | ゼローダ【A法】 | 処方 ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | |
| | ゼローダ【B法】 | 処方 ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ゼローダ【C法】 | 処方 ゼローダ錠 300 | 0 錠 /㎡(Range) | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (原発不明)Paclitaxel＋Carboplatin療法 | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg /GFR•25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 パクリタキセル注[NK] | 175 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (軟部腫瘍)エリブリン(ハラヴェン)療法 | 注射 ハラヴェン静注 | 1.4 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ニボルマブ療法【240mg/body】 | 注射 オプジーボ点滴静注 | 240 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ベムブロリズマブ療法【200mg/body】 | 注射 キイトルーダ点滴静注 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BEP療法(胚細胞腫瘍) | 注射 エトポシド | 100 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 20 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ブレオ注射用 | 30 mg /Body | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 放射線科 | 肝細胞Caに対するLipiodol-TACE(FARM)(放射線科) | 注射 エトルビシン塩酸塩注射用 | 30 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 進行・再発子宮頸Caに対する動注化学塞栓療法(放射線科) | 注射 シスプラチン | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 選択的動注化学塞栓療法①(CBDCA／THP)(放射線科) | 注射 テラルビシン注射用 | 20 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 カルボプラチン注射液「日医工」 | 200 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 乳Ca肝転移動注化学療法【初回】(放射線科) | 注射 ハーセプチン注 | 4 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 60 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 乳Ca肝転移動注化学療法【2回目以降】(放射線科) | 注射 ハーセプチン注 | 2 mg /kg | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 40 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | マイトマイシン・5-FU療法(放射線科) | 注射 フルオロウラシル注 | 1000 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 マイトマイシン注用 | 10 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S-1プラチン選択的動注化学療法・動注化学塞栓療法(放射線科) | 注射 S-1プラチン動注用 | 80 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 S-1プラチン用溶解液 | 7 ml /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 再発・進行乳Ca動注療法(放射線科) | 注射 エトルビシン塩酸塩注射用 | 50 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 進行膵・胆道系Ca動注療法(放射線科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 卵巣Ca肝転移動注化学塞栓療法(放射線科) | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 シスプラチン | 35 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 マイトマイシン注用 | 8 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 選択的動注化学塞栓療法②(CDDP／DXR)(放射線科) | 注射 シスプラチン | 50 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ドキソルビシン塩酸塩 | 20 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 進行膵・胆道系Ca動注療法②(放射線科) | 注射 オキサリプラン点滴静注液 | 100 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 ゲムシタビン点滴静注液 | 1000 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・軟部腫瘍ドセタキセル動注療法(放射線科) | 注射 ドセタキセル点滴静注[ニプロ] | 75 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 食道Ca CCRT：FP療法(放射線科) | 注射 シスプラチン | 70 mg /㎡ | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 700 mg /㎡ | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 フルオロウラシル注 | 1000 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 選択的動注化学塞栓療法③(MMC／5-FU)(放射線科) | 注射 マイトマイシン注用 | 10 mg /Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 診療科 | レジメン名 | 注射/服薬薬剤名 | | 投与量 | DAY 1 | DAY 2 | DAY 3 | DAY 4 | DAY 5 | DAY 6 | DAY 7 | DAY 8 | DAY 9 | DAY 10 | DAY 11 | DAY 12 | DAY 13 | DAY 14 | DAY 15 | DAY 16 | DAY 17 | DAY 18 | DAY 19 | DAY 20 | DAY 21 | DAY 22 | DAY 23 | DAY 24 | DAY 25 | DAY 26 | DAY 27 | DAY 28 | DAY 29 | DAY 30 | DAY 31 | DAY 32 | DAY 33 | DAY 34 | DAY 35 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 歯科口腔外科 | CBDCA＋5-FU＋Cetuximab【初回】(口腔外科) | 注射 | アービタックス注射液 | 250 mg／m² | | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アービタックス注射液 | 400 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg／GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 1000 mg／m² | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CBDCA＋5-FU＋Cetuximab【2回目以降】(口腔外科) | 注射 | アービタックス注射液 | 250 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg／GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 1000 mg／m² | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CDDP＋5-FU＋Cetuximab【初回】(口腔外科) | 注射 | アービタックス注射液 | 250 mg／m² | | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | アービタックス注射液 | 400 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 100 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 1000 mg／m² | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CDDP＋5-FU＋Cetuximab【2回目以降】(口腔外科) | 注射 | アービタックス注射液 | 250 mg／m² | ● | | | | | | | ● | | | | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | シスプラチン | 100 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 1000 mg／m² | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TPF療法(口腔外科) | 注射 | シスプラチン | 70 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 750 mg／m² | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TXT＋CDGP(口腔外科) | 注射 | アクプラ注 | 90 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 60 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 高濃度シスプラチン療法(CCRT)(口腔外科) | 注射 | シスプラチン | 100 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 超選択的動注化学療法(CBDCA)(口腔外科) | 注射 | カルボプラチン注射液「日医工」 | 1 mg／GFR×25 | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 超選択的動注化学療法(DCF療法)(口腔外科) | 注射 | シスプラチン | 50 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | ドセタキセル点滴静注「ニプロ」 | 50 mg／m² | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | フルオロウラシル注 | 600 mg／m² | | | ● | ● | ● | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リンパ管腫(口腔外科) | 注射 | ピシバニール注 | 1 KE／Body | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly Cetuximab＋Paclitaxel【初回】(口腔外科) | 注射 | アービタックス注射液 | 400 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注「NK」 | 80 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Weekly Cetuximab＋Paclitaxel【2回目以降】(口腔外科) | 注射 | アービタックス注射液 | 250 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 注射 | パクリタキセル注「NK」 | 80 mg／m² | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# がん遺伝子パネル検査
# オーダーマニュアル
## ～ FoundationOne® CDx 編～

琉球大学病院
がんセンター

Ver.3.5
2021.6.14

# がん遺伝子パネル検査の流れ


1．患者登録のための事前の２つの ID 取得 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 2

2．患者の選定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 5

3．選定患者のキャンサーボードによる適格基準判定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 6

4．主治医によるインフォームドコンセント ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 7

5．遺伝カウンセリング室によるプレ遺伝カウンセリング ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 8

6．各診療科外来の電子カルテを用いての検査オーダー ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 8

7．『未染標本依頼書』の提出 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 10

8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 12

9．中外 FMI ポータルでの書類作成と検査依頼 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 21

10. 結果の参照方法とエキスパートパネル ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 25

11. エキスパートパネル後 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 29

12. 検体不良となった場合の対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ページ 31

# １．患者登録のための事前の２つの ID 取得 （１）

**１．C-CAT の利用者登録（＝ID 取得）**

（１）利用を希望する教員は、メール本文に

- 氏名
- 病院名
- 連絡先（電話番号）
- E-Mail アドレス

の４つを入力し、がんセンター[redacted]に、メールしてください。

（２） がんセンターから、C-CAT 情報管理室へ申請を行う

（３） C-CAT から、利用者に、

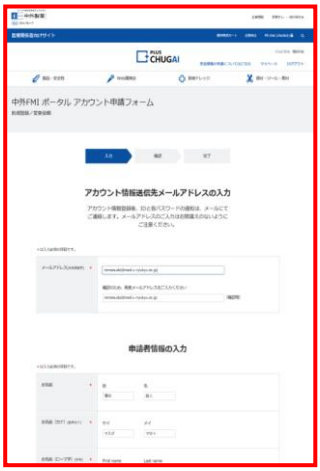
- 「利用者 ID」
- 「パスワード」 が送られてくるので、各自で管理する（３～４日程度かかります）

**２．FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイルの ID 取得**

（１）下記 URL へアクセスし、アカウント申請を行う

https://chugai-pharm.jp/inquiry/f1t/






# 1．患者登録のための事前の２つの ID 取得 （２）

（２）登録したアドレスに、ログイン ID とパスワードが届く（２～３日程度かかります）

【PLUS CHUGAI】中外FMI ポータル アカウント申請／変更依頼を受け付けました
no-reply-pluschugai@chugai-pharm.co.jp
送信日時: 2020/02/13 (木) 19:54
宛先: [redacted]

増田 昌人様

この度は、中外FMI ポータルのアカウント申請／変更をご依頼いただき、誠にありがとうございます。
お申込みいただきましたIDとパスワードにつきましては、後日、本メールアドレスにて通知させていただきます。
順次対応を進めてまいりますので、しばらくお待ちくださいますようお願い申し上げます。

※状況により申請をお受けできない、もしくは対応に時間がかかる場合がございます。ご了承ください。

---

◇中外製薬 医療関係者向け会員サイト 【PLUS CHUGAI】 お問合せ窓口
■当社医薬品または関連資材／「FoundationOneCDx がんゲノムプロファイル」
https://chugai-pharm.jp/inquiry/product-material/
■本ウェブサイトへのリンクおよび、掲載内容に関するお問合せ
https://www.chugai-pharm.co.jp/enquete/q23/
■当社の販売情報提供活動に関するお問合せ
https://www.chugai-pharm.co.jp/enquete/q49/
■ その他のお問合せ
https://www.chugai-pharm.co.jp/rule/contact/index.html
---
中外製薬株式会社
本社：〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1 日本橋三井タワー
営業時間：9:00～17:30（土・日・祝日・当社休業日を除く）

---

※ご案内メールの配信停止など配信設定は以下のURLから変更いただけます。
URL: https://chugai-pharm.jp/mypage/update/
※このメールはシステムにより自動的に配信しております。
※本メールに返信されましても、返答できませんのでご了承ください。

【FoundationOneCDx】利用者IDのお知らせ SIZE 14.50KB
送信者 : [redacted]
宛先 : [redacted]
Date : 2020/02/14 10:31:04

琉球大学医学部附属病院
増田
昌人
様

2020年2月13日にお申込みいただいた
FoundationOneCDx のユーザーID、初期パスワードを以下のとおり発行しました。

ID = [redacted]
パスワード = [redacted]

・琉球大学医学部附属病院様との契約事務が未完了の場合、契約完了後からご利用いただけます。
・初回ログイン時に上記パスワードを変更してください。

# 2．患者の選定

1．主治医が、患者を選定する

（1）標準治療がない固形がん患者。または、局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む）

（2）関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者

2．さらに、以下を満たす患者

（1）他院を含め、過去に「がん遺伝子パネル検査」を受けたことが無い

（2）検査機関に提出できる腫瘍組織検体がある。もしくは再生検が可能である

（3）主治医が予後 3 か月以上が見込まれると判断した症例

（4）ECOG の PS が 0 または 1

＊PS2 は、通常のキャンサーボードでも協議し、賛同が得られた場合のみ例外的に認める

＜ECOG　PS＞

PS 0：全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。

PS 1：肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。

PS 2：歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。

# 3．選定患者のキャンサーボードによる適格基準判定

1．主治医は、毎週水曜日 7：30 から開催されるキャンサーボードに申し込む

2．キャンサーボードでは、「がん遺伝子パネル検査チーム」が、以下の点を中心に適格基準の判定を行う

（1） A 標準治療がない固形がん患者かどうか

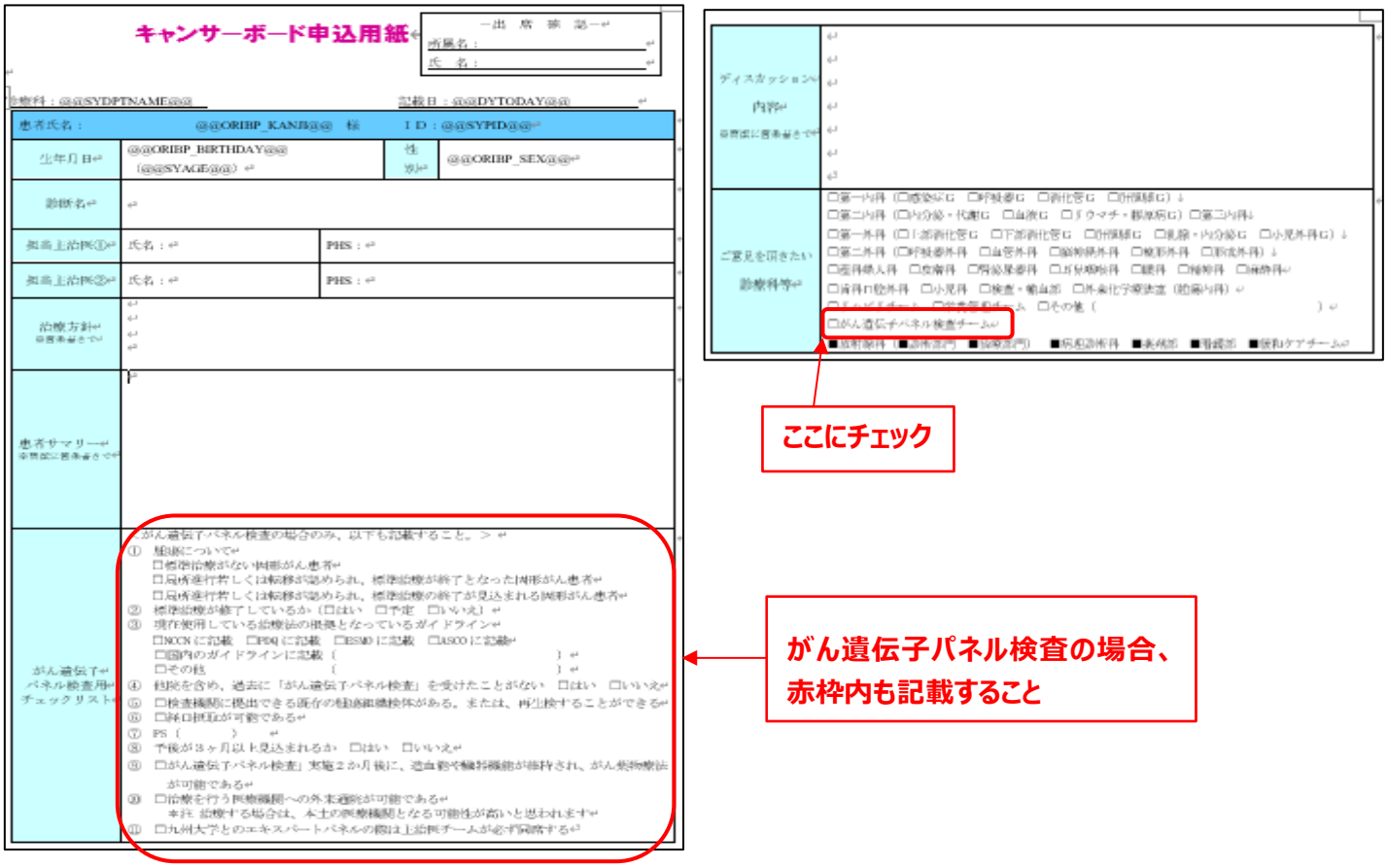
B 標準治療が終了、または終了が見込まれる患者かどうか

（2）関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いかどうか。特に、①PS 0 か 1 であるかどうか、②予後 3 か月以上が見込まれるかを判定する

（3）検査機関に提出できる腫瘍組織検体があるか、または再生検が可能であるか

**キャンサーボード申込用紙**
**（がん遺伝子パネル検査オーダー用）**

**電子カルテ＞該当患者を開き＞文書入力＞各科共通フォルダ＞キャンサーボード**



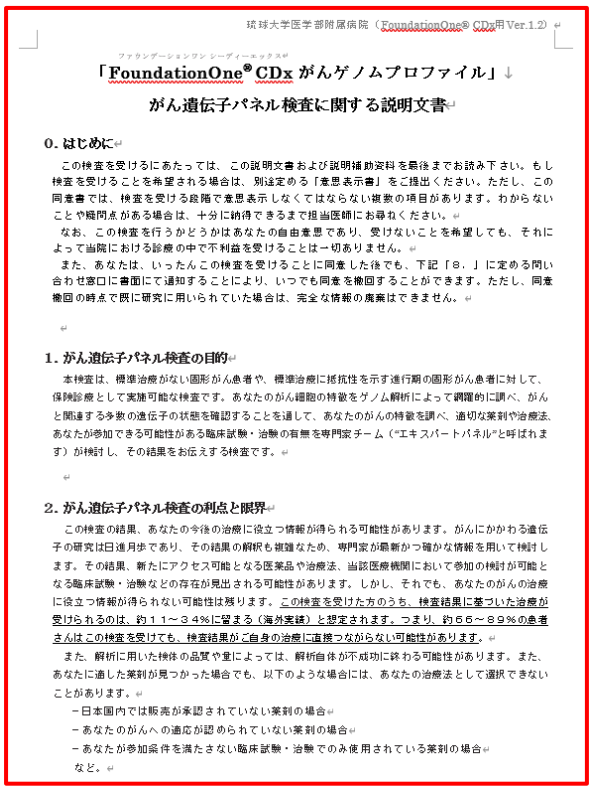
# ４．主治医によるインフォームドコンセント

**電子カルテ＞該当患者を開き＞文書入力＞各科共通フォルダ＞がん遺伝子パネル検査**

１．キャンサーボードでの適格基準判定後に、主治医は、がん遺伝子パネル検査に関するインフォームドコンセント(IC)を行う

２．IC の際には、電子カルテから、右記の「がん遺伝子パネル検査に関する説明文書」を印刷して説明を行う

３．理解が得られた場合は、右記の「同意書」に署名をしていただく



琉球大学医学部附属病院（FoundationOne® CDx用 Ver.1.2）

「FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル」

**がん遺伝子パネル検査に関する説明文書**

**0. はじめに**

この検査を受けるにあたっては、この説明文書および説明補助資料を最後までお読み下さい。もし検査を受けることを希望される場合は、別途定める「意思表示書」をご提出ください。ただし、この同意書では、検査を受ける段階で意思表示しなくてはならない複数の項目があります。わからないことや疑問点がある場合は、十分に納得できるまで担当医師にお尋ねください。

なお、この検査を行うかどうかはあなたの自由意思であり、受けないことを希望しても、それによって当院における診療の中で不利益を受けることは一切ありません。

また、あなたは、いったんこの検査を受けることに同意した後でも、下記「8．」に定める問い合わせ窓口に書面にて通知することにより、いつでも同意を撤回することができます。ただし、同意撤回の時点で既に研究に用いられていた場合は、完全な情報の廃棄はできません。

**1. がん遺伝子パネル検査の目的**

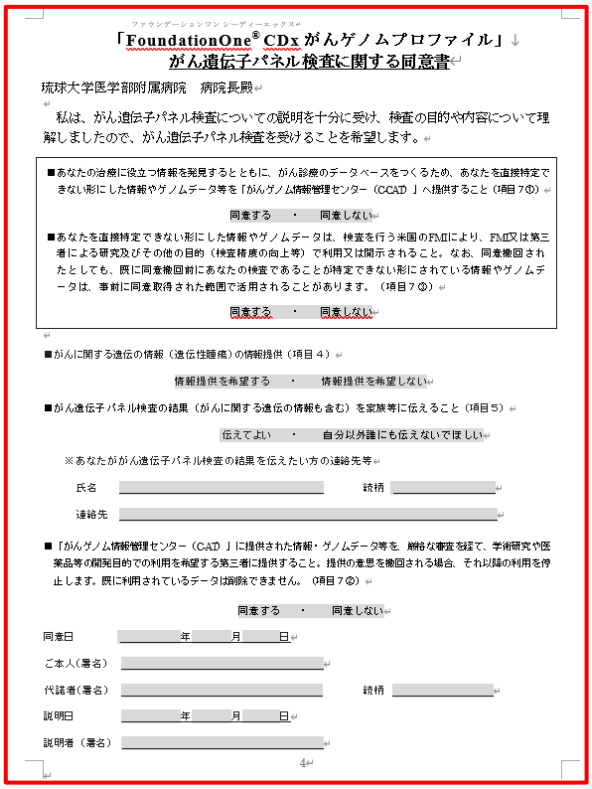
本検査は、標準治療がない固形がん患者や、標準治療に抵抗性を示す進行期の固形がん患者に対して、保険診療として実施可能な検査です。あなたのがん細胞の特徴をゲノム解析によって網羅的に調べ、がんと関連する多数の遺伝子の状態を確認することを通して、あなたのがんの特徴を調べ、適切な薬剤や治療法、あなたが参加できる可能性がある臨床試験・治験の有無を専門家チーム（"エキスパートパネル"と呼ばれます）が検討し、その結果をお伝えする検査です。

**2. がん遺伝子パネル検査の利点と限界**

この検査の結果、あなたの今後の治療に役立つ情報が得られる可能性があります。がんにかかわる遺伝子の研究は日進月歩であり、その結果の解釈も複雑なため、専門家が最新かつ確かな情報を用いて検討します。その結果、新たにアクセス可能となる医薬品や治療法、当該医療機関において参加の検討が可能となる臨床試験・治験などの存在が見出される可能性があります。しかし、それでも、あなたのがんの治療に役立つ情報が得られない可能性は残ります。この検査を受けた方のうち、検査結果に基づいた治療が受けられるのは、約１１～３４%に留まる（海外実績）と想定されます。つまり、約６６～８９%の患者さんはこの検査を受けても、検査結果がご自身の治療に直接つながらない可能性があります。

また、解析に用いた検体の品質や量によっては、解析自体が不成功に終わる可能性があります。また、あなたに適した薬剤が見つかった場合でも、以下のような場合には、あなたの治療法として選択できないことがあります。

－日本国内では販売が承認されていない薬剤の場合
－あなたのがんへの適応が認められていない薬剤の場合
－あなたが参加条件を満たさない臨床試験・治験でのみ使用されている薬剤の場合
など。



「FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル」
**がん遺伝子パネル検査に関する同意書**

琉球大学医学部附属病院　病院長殿

私は、がん遺伝子パネル検査についての説明を十分に受け、検査の目的や内容について理解しましたので、がん遺伝子パネル検査を受けることを希望します。

■あなたの治療に役立つ情報を発見するとともに、がん診療のデータベースをつくるため、あなたを直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター（CAT）」へ提供すること（項目７⑥）

同意する　・　同意しない

■あなたを直接特定できない形にした情報やゲノムデータは、検査を行う米国のFMIにより、FMI又は第三者による研究及びその他の目的（検査精度の向上等）で利用又は開示されること。なお、同意撤回されたとしても、既に同意撤回前にあなたの検査であることが特定できない形にされている情報やゲノムデータは、事前に同意取得された範囲で活用されることがあります。（項目７⑧）

同意する　・　同意しない

■がんに関する遺伝の情報（遺伝性腫瘍）の情報提供（項目４）

情報提供を希望する　・　情報提供を希望しない

■がん遺伝子パネル検査の結果（がんに関する遺伝の情報も含む）を家族等に伝えること（項目５）

伝えてよい　・　自分以外誰にも伝えないでほしい

※あなたががん遺伝子パネル検査の結果を伝えたい方の連絡先等

氏名　　続柄

連絡先

■「がんゲノム情報管理センター（CAT）」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て、学術研究や医薬品等の開発目的での利用を希望する第三者に提供すること。提供の意思を撤回される場合、それ以降の利用を停止します。既に利用されているデータは削除できません。（項目７⑨）

同意する　・　同意しない

同意日　　年　月　日

ご本人（署名）

代諾者（署名）　　続柄

説明日　　年　月　日

説明者（署名）

4

※検査オーダー日までに必ず取得すること

# ５． 遺伝カウンセリング室によるプレ遺伝カウンセリング

１．IC が終了後に、主治医は、患者を、遺伝カウンセリング室知念副室長（PHS：[redacted]）の金曜日の外来へ、院内紹介状を作成し、かつ予約を行う

２．予約方法

電子カルテ＞ オーダー＞ 予約＞ 項目追加で予約科：「小児科」、予約項目：「遺伝カウンセリング室」
→表示させて予約を行う

３．知念副室長は、患者に対して、検査を行うことに関する説明を行う

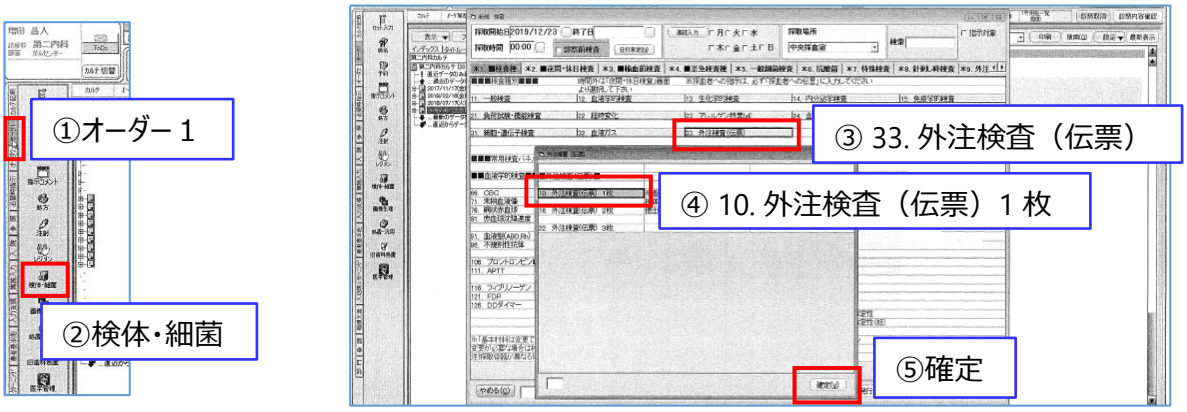
①場合によってはゲノム医療コーディネーターと共同で行う

②この場合の説明は IC ではなく、検査前のプレ遺伝カウンセリングである

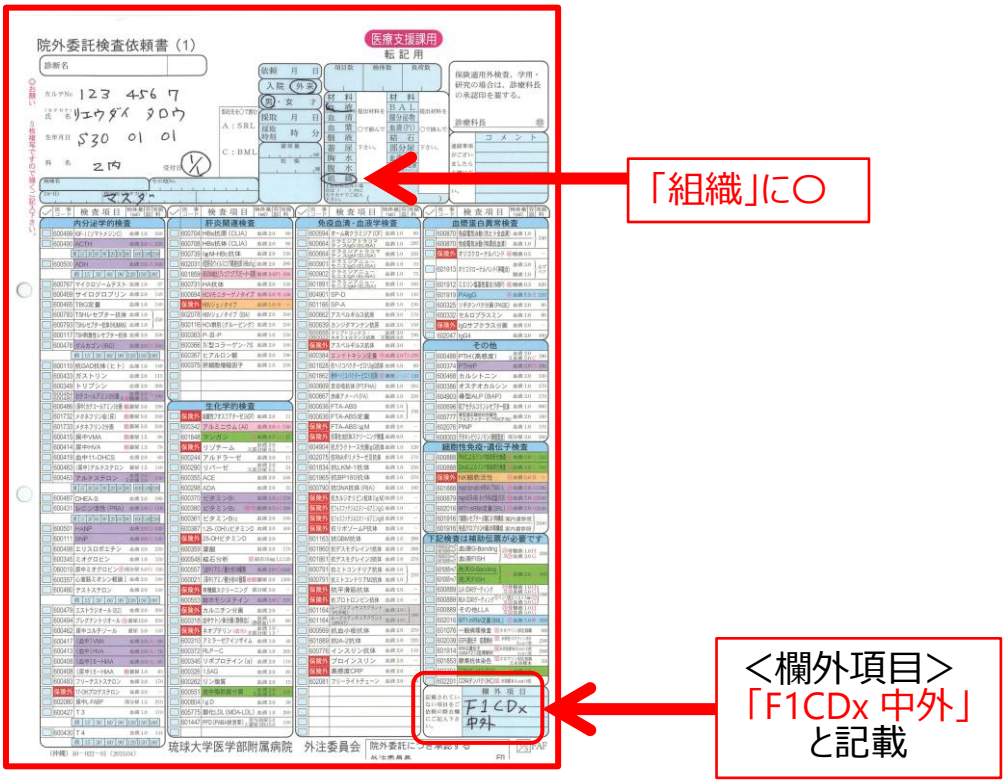
# ６．各診療科外来の電子カルテを用いての検査オーダー

１．電子カルテで対象患者を開き、「オーダー１」>「検体検査」>「33.外注検査（伝票）」>「10.外注検査（伝票）１枚」をクリックし確定する

２．主治医が、『外注検査伝票』に書き込む（詳細は次ページ）




<外注検査伝票記入例>




３．主治医が、３階検査部（外注）に提出する

# ７．『未染標本依頼書』の提出（１）

**電子カルテ＞該当患者を開き＞文書入力＞各科共通フォルダ＞がん遺伝子パネル検査**

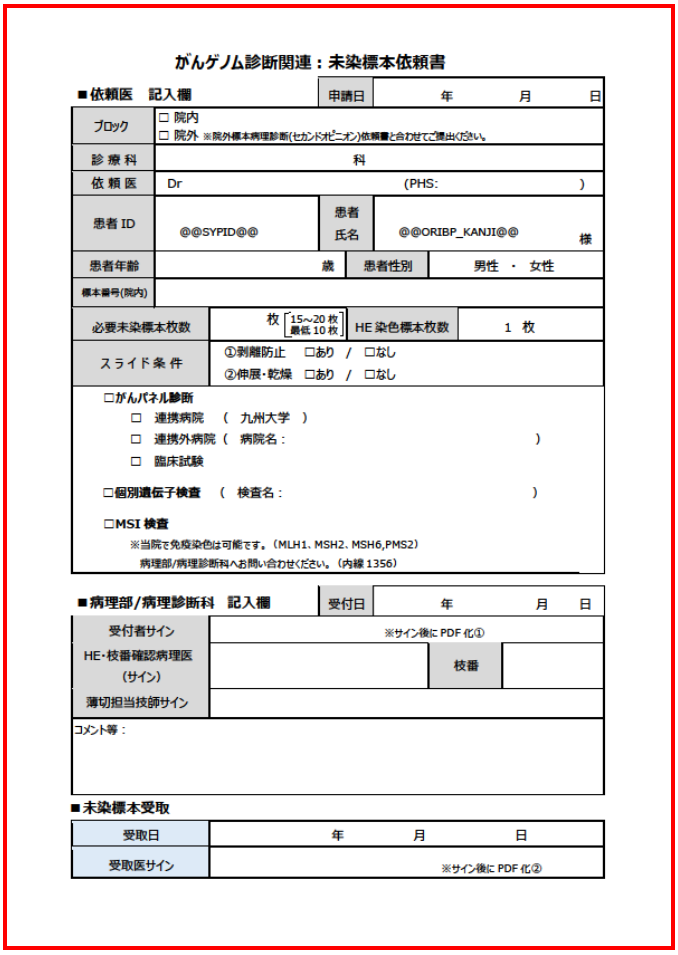
１．主治医は、電子カルテから、下記の『がんゲノム診断関連：未染標本依頼書』を印刷

２．必要事項を書き入れる

３．主治医自身で、病理部窓口に提出する

４．病理部は、標本の作製を開始する

５．病理部からの連絡を受け、主治医は病理部受付へ、完成した標本を受け取りに行く



**がんゲノム診断関連：未染標本依頼書**

| ■依頼医　記入欄 | 申請日 | 年　月　日 |
|---|---|---|
| ブロック | □ 院内<br>□ 院外 ※院外標本病理診断(セカンドオピニオン)依頼書と合わせてご提出ください。 | |
| 診療科 | 科 | |
| 依頼医 | Dr　(PHS:　) | |
| 患者 ID | @@SYPID@@ | 患者氏名 @@ORIBP_KANJI@@ 様 |
| 患者年齢 | 歳 | 患者性別 男性 ・ 女性 |
| 標本番号(院内) | | |
| 必要未染標本枚数 | 枚 [15～20 枚 最低 10 枚] | HE 染色標本枚数 1 枚 |
| スライド条件 | ①剥離防止　□あり / □なし<br>②伸展・乾燥　□あり / □なし | |

□がんパネル診断
- □ 連携病院　（ 九州大学 ）
- □ 連携外病院（ 病院名：　）
- □ 臨床試験

□個別遺伝子検査　（ 検査名：　）

□MSI 検査
※当院で免疫染色は可能です。（MLH1、MSH2、MSH6,PMS2）
病理部/病理診断科へお問い合わせください。（内線 1356）

| ■病理部/病理診断科　記入欄 | 受付日 | 年　月　日 |
|---|---|---|
| 受付者サイン | ※サイン後に PDF 化① | |
| HE・枝番確認病理医（サイン） | | 枝番 |
| 薄切担当技師サイン | | |
| コメント等： | | |

■未染標本受取

| 受取日 | 年　月　日 |
|---|---|
| 受取医サイン | ※サイン後に PDF 化② |

# 7．『未染標本依頼書』の提出（２）

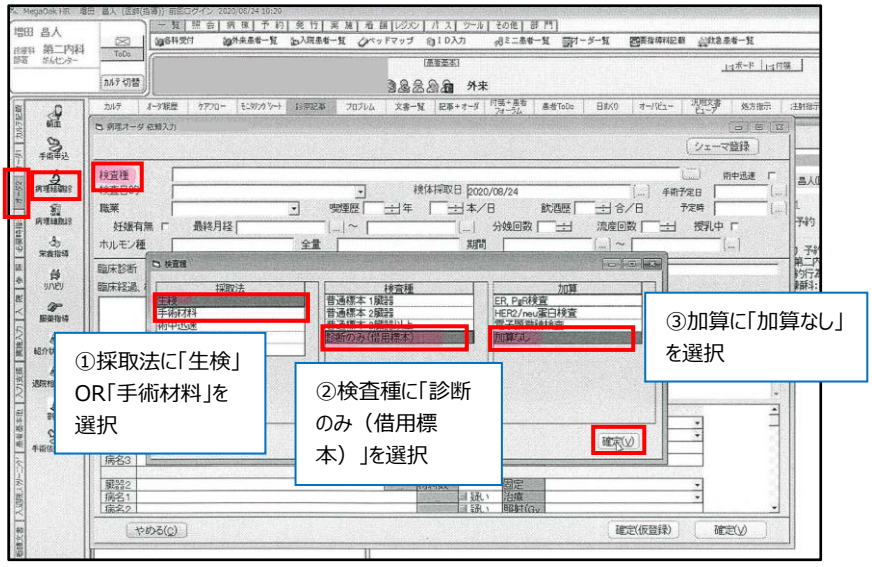
## 〈他院からの標本の場合〉

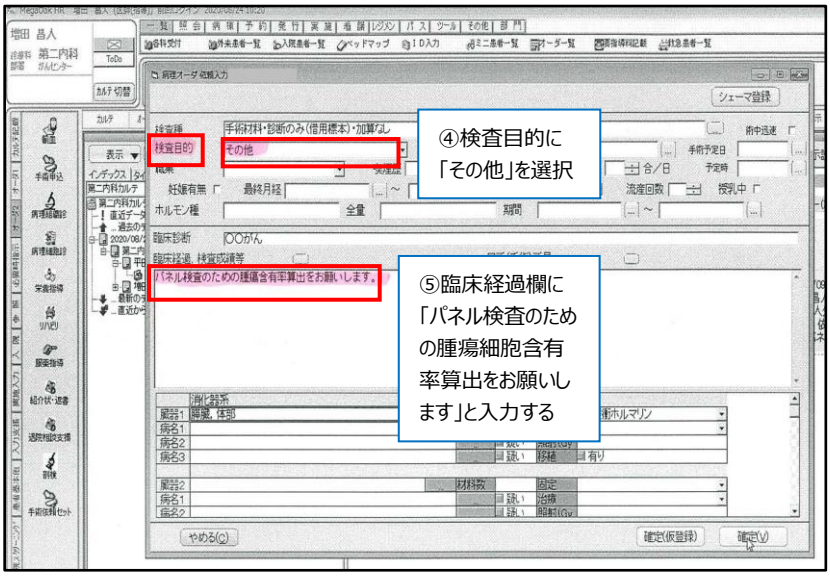
腫瘍細胞含有率算出のため、病理部へ以下の（１）～（４）の書類を提出してください。

※腫瘍細胞含有率は、エキスパートパネルでのプレゼン時に必ず必要です。

（１）病理依頼書（借用標本）を電子カルテでオーダーする

**電子カルテ＞オーダー２＞病理組織診**




（２）他院病理診断書

（３）他院スライド：HE 染色

（４）がんゲノム診断関連：未染標本依頼書

# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（１）

・主治医は、総合診療部において、専用ノートパソコンから患者を C-CAT へ登録する

1．　総合診療部に設置してあるがん遺伝子検査用のノート PC を起動する
(パスワード：　　)




ダブルクリック

2．デスクトップにある「FENICS　CONNECT」をクリックし、接続する

パスワードは、デスクトップにあるテキストファイル「C-CAT」の中に記載




パスワードを確認




パスワードを入力




接続中は上記表示になります




接続されると緑になります

3．デスクトップにある「C-CAT がんゲノム検査ポータル」をクリックし、サイトを表示



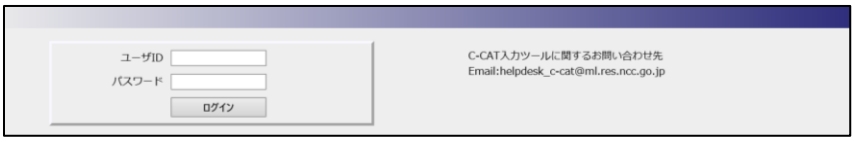

ダブルクリック

4．ポータルサイトが開く

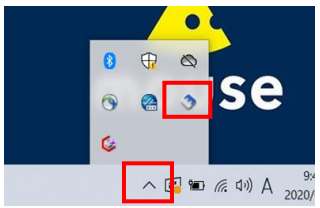
5．入力ツールをクリックする



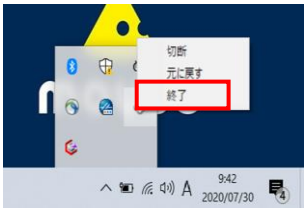

6．「１」で取得したユーザーID とパスワードで、ログインする



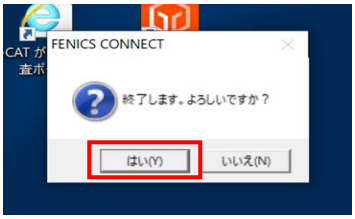

※　C-CAT の入力が終わったら、下記の手順で「FENICS　CONNECT」を終了します。
※　終了しないと、９．中外ポータルに繋がらないので注意して下さい。



パソコン右下タスクバーの「山マーク」→「FENICS CONNECT」を右クリック




「終了」をクリックします




上記画面で「はい」をクリックします

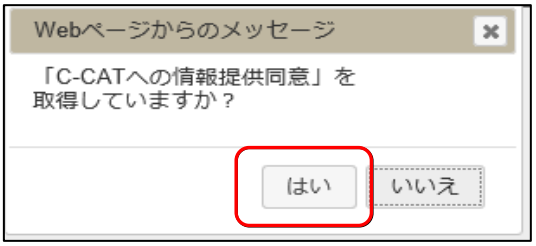
# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（２）

7．**＜症例基本情報＞**を入力する

（１）「症例登録」をクリックする




（２）C-CAT への情報提供同意を、取得済みの場合は 、「はい」をクリックする




（３）患者基本情報を入力し、「保存」をクリックする

※患者識別 ID は、10 桁化した琉大のカルテ番号

10 桁化の方法；カルテ番号は通常 7 桁なので、前に 0 を 3 つ加える

カルテ番号が 5 桁の場合は、前に 0 を 5 つ加えて 10 桁とする



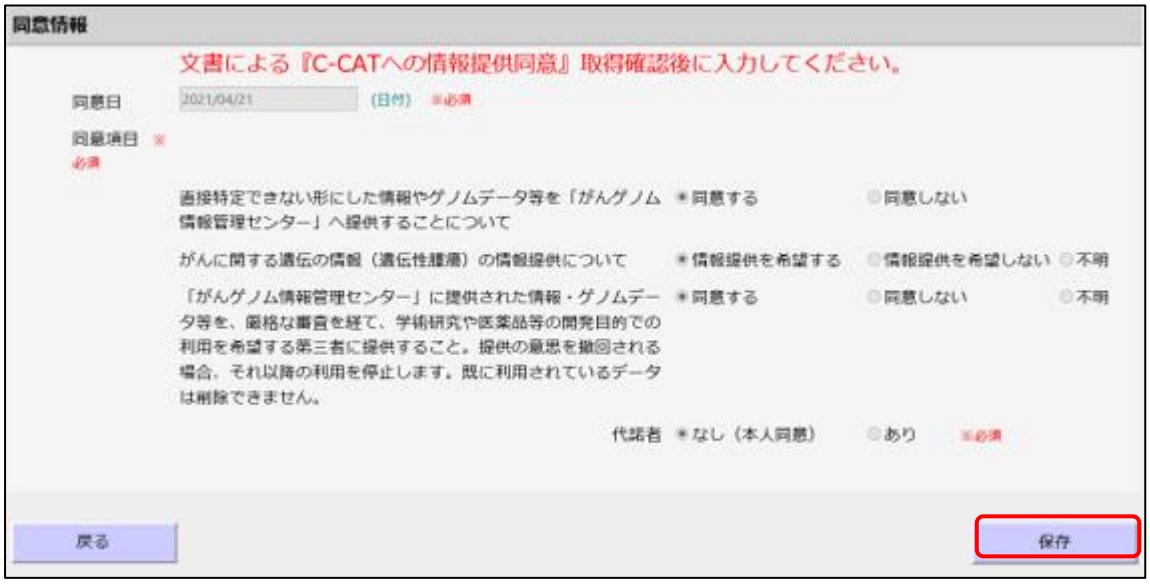
# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（３）

８．**＜同意情報＞**を入力する

（１）同意情報の「 -」をクリックする




（２）同意情報を入力し、「保存」をクリックする



# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（４）

9．**＜登録情報＞**を入力する

（１）登録情報の「 -」をクリックする




（２）登録情報を入力し、「保存」をクリックする

※登録 ID　空欄で「登録」を押すと自動発番される

※登録日　本日日付が初期表示され、編集不可



# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（５）

10. **<患者背景情報>** を入力する

（１）患者背景情報の「 -」をクリックする。下部にテンプレートと表示されるので「入力」をクリックする。




（２）登録情報を入力し、「保存」をクリックする

※ 病理診断名、診断日、喫煙歴、アルコール多飲の有無、家族歴などを入力する必要がありますので、事前にカルテから情報を確認しておいて下さい。



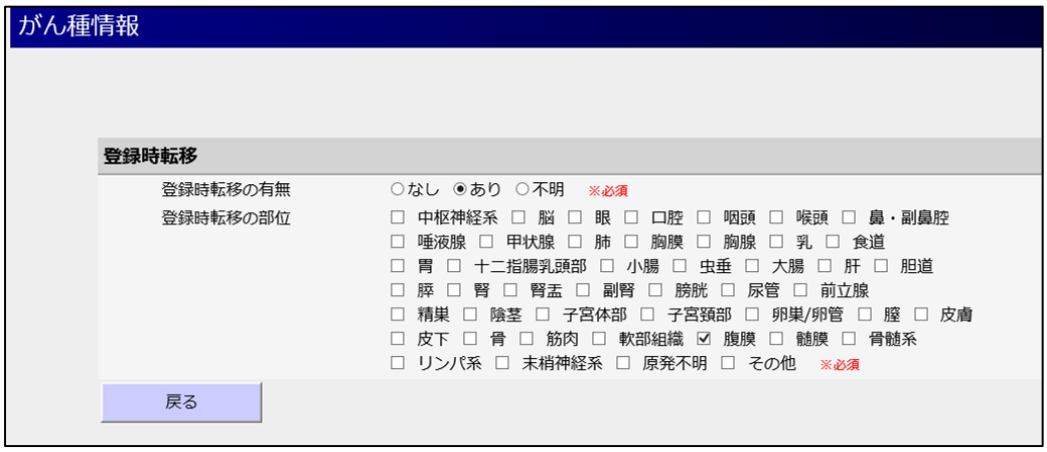
# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（６）

11. **<がん種情報>** を入力する

（１）がん種情報の「 -」をクリックする。下部にテンプレートと表示されるので「入力」をクリックする。




※ 登録時に転移がなれければ、「なし」、ある場合は、転移の部位を選択してください。



# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（７）

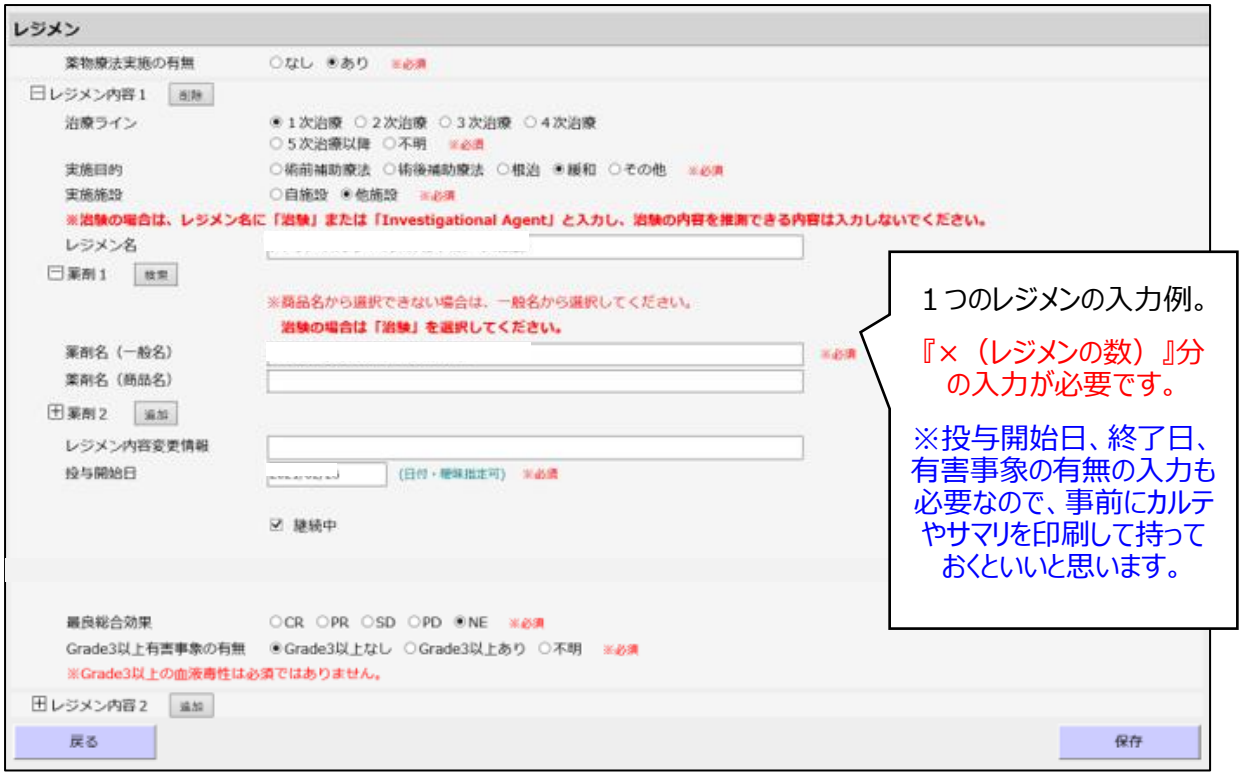
12. **＜薬物療法（EP 前）＞**を入力する

（１）薬物療法（EP 前）の「 -」をクリックする。テンプレートと表示されるので「入力」をクリックする。



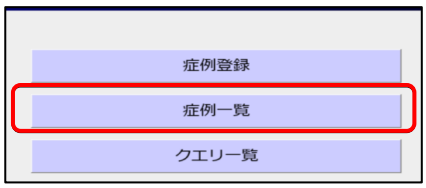

（２）登録情報を入力し、「保存」をクリックする

※ レジメン毎に下記の赤枠を入力する必要があります。経過の中で複数のレジメンがある場合は、すべて入力しますので、サマリやカルテを印刷して持っておくといいと思います。



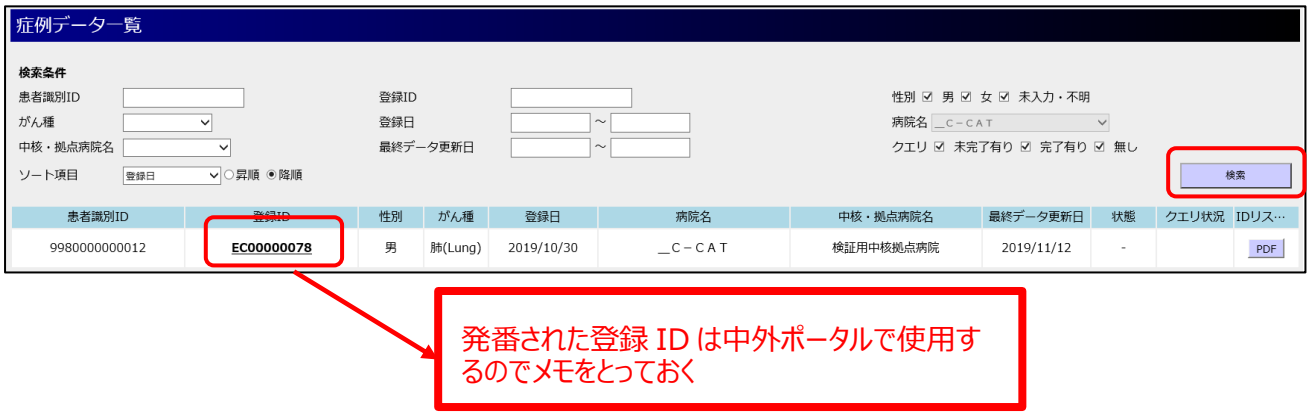
# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（8）

13. **＜検体情報＞**を入力する




（1）「検索」をクリックすると、全検索され表示される

（2）検体情報を入力する症例の「登録 ID」をクリックする




発番された登録 ID は中外ポータルで使用するのでメモをとっておく

（3）検体情報の「 -」をク リックする。検体情報のテンプレートが表示される



# 8．総合診療部の PC を用いての患者の C-CAT への登録（９）

（４）「入力」をクリックする

（５）検体情報を入力し、「保存」をクリックする




| | 入力内容 | ページ | 入力のタイミング |
|---|---|---|---|
| 患者基本情報 | 患者識別 ID、性別、生年月日など | 13 | エキスパートパネル前までに入力するデータ |
| 同意情報 | 同意日、同意項目 | 14 | |
| 登録情報 | 登録 ID、登録日 | 15 | |
| 患者背景情報 | 病理診断名、診断日、喫煙・アルコール多飲歴、重複がん、多重がん、家族歴など | 16 | |
| がん種情報 | 登録時転移の有無、がん種固有情報など | 17 | |
| 薬物療法（EP 前） | レジメン内容、薬剤名、投与開始日・終了日、有害事象の有無など | 18 | ここまで終了 |
| 検体情報 | 検査区分、検査種別、検体識別番号、検体採取日など | 19 | |
| 薬物療法（EP 後） | EP 開催日、治療方針、治療ライン、開始日、レジメン内容など | 29 | エキスパートパネル後に入力するデータ |
| 転帰情報 | 転帰、死亡日、死因 | 30 | |

# ９．中外 FMI ポータルでの書類作成と検査依頼（１）

１．総合診療部に設置してあるがん遺伝子検査用のノート PC を起動する
(パスワード：　　)

２．デスクトップにある「中外 FMI ポータル接続」をクリックし、接続する



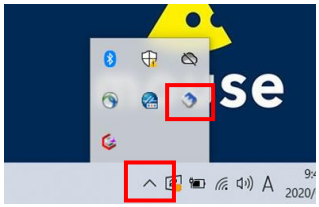

３．「１」で取得したユーザーID とパスワードでログインする



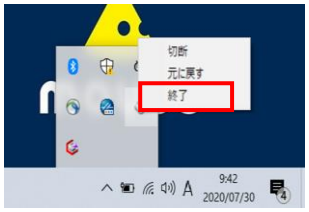

４．初回ログイン時にトレーニング画面が出てきます。
画面を確認しながら、下までスクロールしてから次に進む。
初回ログイン時にパスワードを変更する必要があります。

５．開いたサイトで、「検査依頼」と「検査依頼書の印刷」を行う

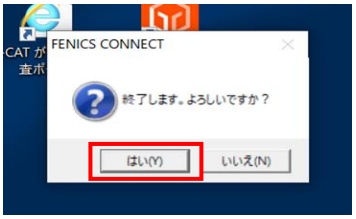
※中外 FMI ポータルにアクセスしてもつながらない場合、８で使用した「FENICS CONNECT」が終了していない可能性があります。下記の手順で終了させてください。



パソコン右下タスクバーの「山マーク」→「FENICS CONNECT」を右クリック




「終了」をクリックします




上記画面で「はい」をクリックします

# ９．中外 FMI ポータルでの書類作成と検査依頼（２）

６．サイドメニューの「依頼登録」をクリックし、依頼登録画面をポップアップで表示する




７．内容を入力し、依頼する



# 9．中外 FMI ポータルでの書類作成と検査依頼（3）

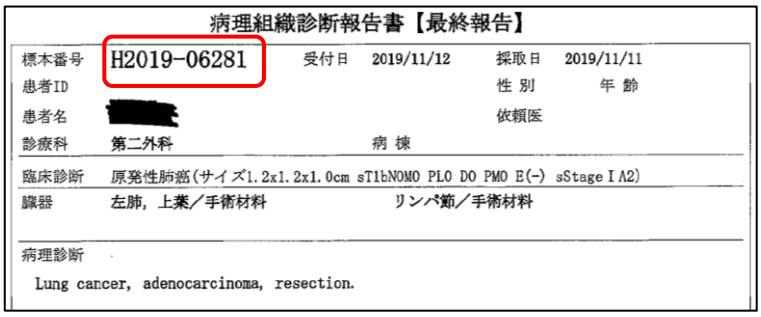



※ 匿名化 ID について
「カルテ番号（7 桁）」の後に続けて「-」（ハイフン）と「C-CAT ID」を記載する（カルテ番号が 5 桁の場合は前に 0 を 2 個つけて 7 桁にする）

※ 検体番号について
病理組織診断報告書の左上の「標本番号」を入力

＜例外＞
・検体番号に枝番がある場合があるので、枝番の有無を、毎回病理医に確認する
・枝番が 3 だった場合の入力は、H2019-062813 となる

＜例外＞



病理組織診断報告書【最終報告】

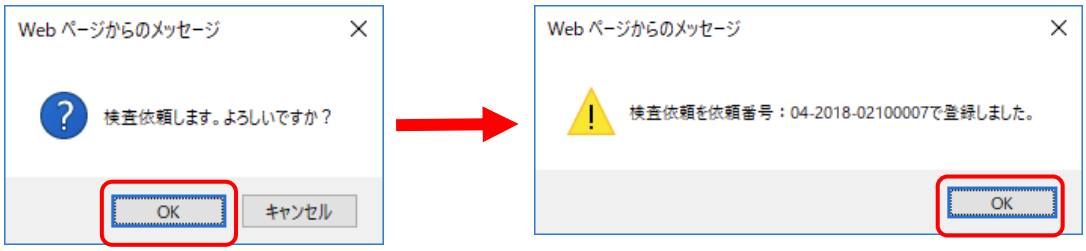
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 標本番号 | H2019-06281 | 受付日 | 2019/11/12 | 採取日 | 2019/11/11 |
| 患者ID | | | | 性 別 | 年 齢 |
| 患者名 | [redacted] | | | 依頼医 | |
| 診療科 | 第二外科 | | 病 棟 | | |
| 臨床診断 | 原発性肺癌(サイズ1.2x1.2x1.0cm sT1bN0M0 PL0 D0 PM0 E(-) sStage I A2) | | | | |
| 臓器 | 左肺，上葉／手術材料 | | リンパ節／手術材料 | | |
| 病理診断 | Lung cancer, adenocarcinoma, resection. | | | | |

# ９．中外 FMI ポータルでの書類作成と検査依頼（４）

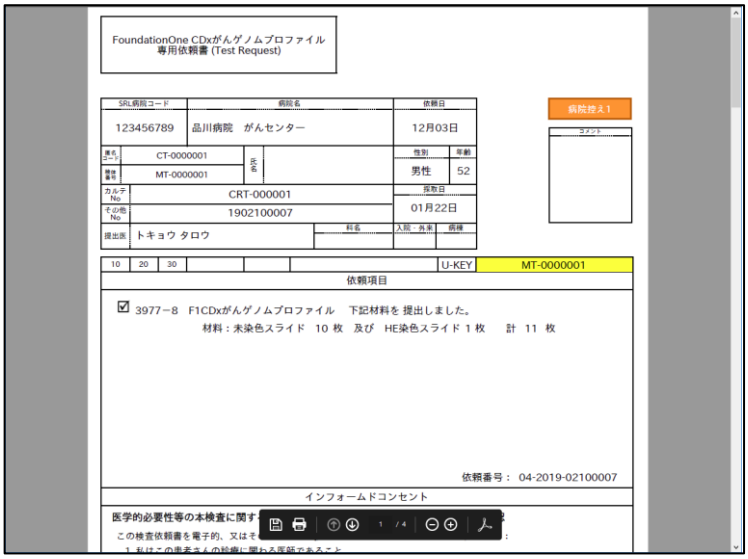
８．〈依頼〉ボタンをクリックすると、下図のような確認メッセージが表示される

〈OK〉ボタンをクリックすると検査依頼が登録される

依頼せずに戻る場合は、〈キャンセル〉ボタンを押す

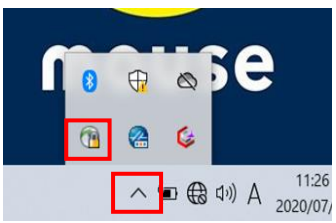



９． 表示された『検査依頼書（４種）』をＡ４用紙に片面印刷する

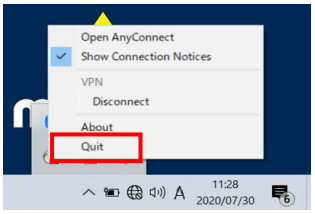



10. 印刷した『検査依頼書（４種）』は、７で準備してもらった標本スライドと一緒に３階検査部（外注）に、主治医が直接提出する

※中外ポータルの入力が終わったら、下記の手順で「L-AXeS 接続」を終了します。
（そのままパソコンをシャットダウンする時は省略可）




パソコン右下タスクバーの「山マーク」→「L-AXeS」を右クリックします




「Quit」をクリックします

# 10. 結果の参照方法とエキスパートパネル（１）

１．結果の参照をする

（１）総合診療部に設置してあるがん遺伝子検査用のノート PC を起動する
(パスワード：[redacted])

（２）デスクトップにある「中外 FMI ポータル接続」をクリックし、接続する




（３）「１」で取得したユーザーID とパスワードでログインする




（４）依頼一覧画面で、確認したい検査依頼の依頼番号をクリックし、依頼詳細画面をポップアップで表示させる



# 10. 結果の参照方法とエキスパートパネル（２）

（６）解析指示を実行する

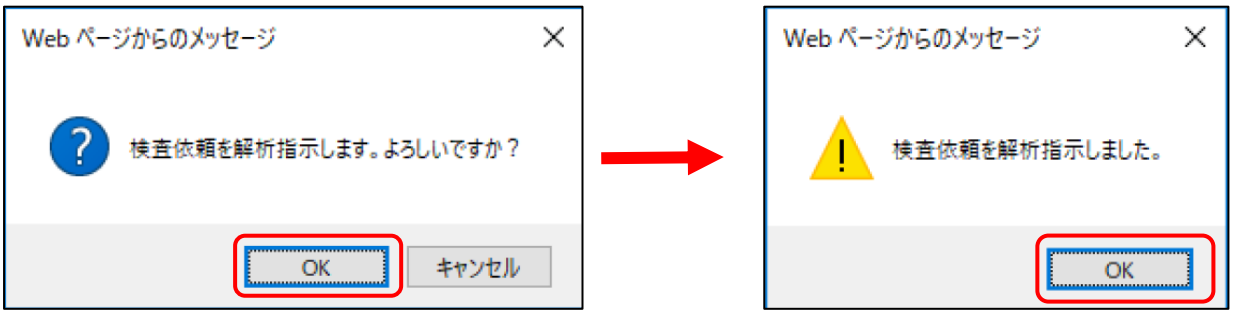
①「解析指示」ボタンをクリックする




②〈解析指示〉ボタンをクリックすると、下図の確認画面が表示される

〈OK〉ボタンをクリックすると解析指示を行う

解析指示を実行せずに戻る場合は、〈キャンセル〉ボタンを押す

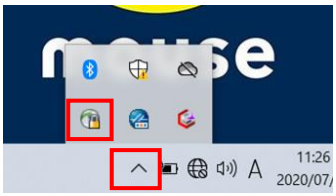


# 10. 結果の参照方法とエキスパートパネル（３）

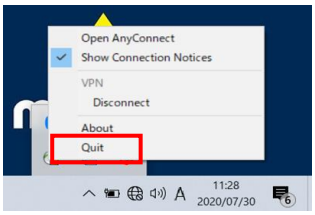
（７）「変異情報と解析結果レポートをダウンロード」を行い、結果を参照する




※中外ポータルの使用が終わったら、下記の手順で「L-AXeS 接続」を終了します。
（そのままパソコンをシャットダウンする時は省略可）




パソコン右下タスクバーの「山マーク」→「L-AXeS」を右クリックします




「Quit」をクリックします

解析レポートのダウンロードが済んだら、「患者名・患者識別 ID・登録 ID」をがんセンター事務担当（メールアドレス：[redacted]）までにメールを送る

※メールが来てはじめて、がんセンターはダウンロードが済んでいることを把握できます。連絡がない場合、エキスパートパネルへの申し込みができず、エキスパートパネルの日程調整等が遅れ、開催が数週間遅れる可能性があります。

# 10. 結果の参照方法とエキスパートパネル（４）

２．九州大学病院 がん医療中核拠点病院エキスパートパネルでディスカッションを行う

日時：毎週月曜日 16：00～17：00（１時間）（月曜日祝日の場合は火曜日）
場所：病院３階　地域医療部カンファレンスルーム

主治医は決められたエキスパートパネル開催日に地域医療部から参加する

【流れ】①主治医より１～２分程度で症例提示を行う

②九大より結果の報告を受ける

③質疑応答を行う

### 症例提示チェックリスト

●症例情報

○年齢・性別

○診断

○治療歴

○既往歴、家族歴、生活歴（自身・家族にがんの既往がある場合、可能なら発症年齢まで）

●病理所見

○採取方法（時期、部位、生検/切除標本）

○腫瘍細胞含有率

○既存の遺伝子検査実施後であればその結果（EGFR,KRAS,BRCA,MSI,etc）

３．下記の書類は電子カルテの医用画像システム クライオへ保存するので、各自でのスキャン依頼は不要

・九州大学病院 がんゲノムレポート

・C-CAT 調査結果

・FoundationOne CDx 解析結果レポート

４．エキスパートパネル終了後、外来で患者様（本人）へ説明を行う

５．「薬物療法（EP 後）」及び「転帰情報」を C-CAT へ登録する

# 11. エキスパートパネル後（１）

**※エキスパートパネル後は「薬物療法（EP 後）」及び「転帰情報」を入力する**

１．**＜薬物療法（EP 後）＞**を入力する

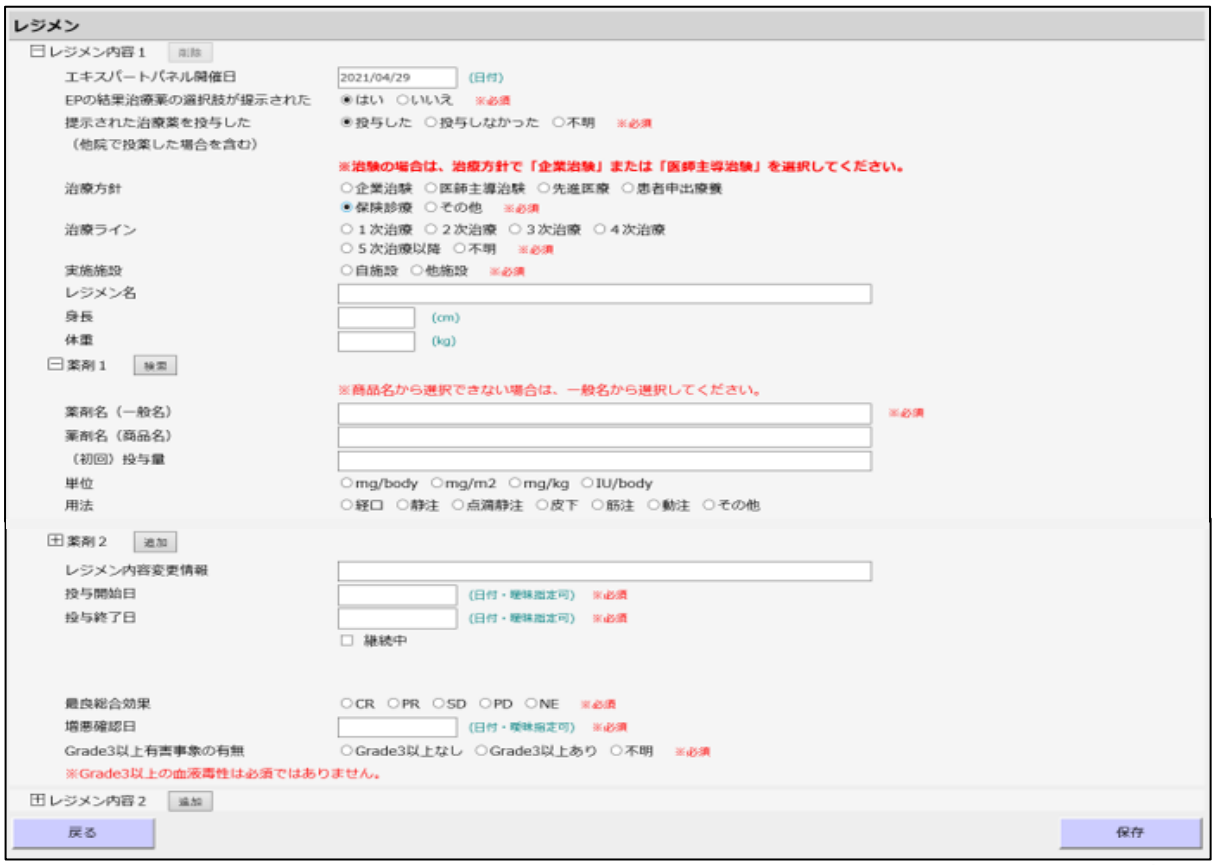
（１）薬物療法（EP 後）の「 -」をクリックする。テンプレートと表示されるので「入力」をクリックする。




（２）登録情報を入力し、「保存」をクリックする

※ 治療方針が治験や BSC の場合は、治療方針の該当部分とチェックしてください。

＜治療方針が治験、BSC 以外の場合＞



# 11. エキスパートパネル後（２）

２．**＜転帰情報＞**を入力する

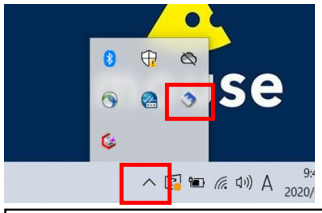
（１）転帰情報の「 -」をクリックする。テンプレートと表示されるので「入力」をクリックする。



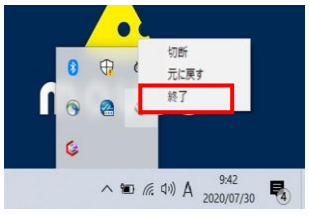

（２）登録情報を入力し、「保存」をクリックする



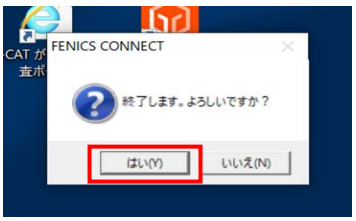

※ C-CAT の入力が終わったら、下記の手順で「FENICS CONNECT」を終了します。
※ 終了しないと、９．中外ポータルに繋がらないので注意して下さい。



パソコン右下タスクバーの「山マーク」→「FENICS CONNECT」を右クリック




「終了」をクリックします




上記画面で「はい」をクリックします

# 12. 検体不良となった場合の対応（１）

検体チェックで検体不足・DNA 収量不足等が確認された場合、SRL より主治医へ直接メールで連絡が入ります。

以下の４つのいずれかの対応を、主治医は SRL と相談し判断してください。

【４つの選択肢】

①検体を追加：同一ブロックより、検体スライドを追加

②検体を変更：同一ブロックではなく、別ブロックで検査実施

③そのまま実施：Qualified や Fail となる可能性高い

④キャンセルする：SRL へ連絡し、オーダーキャンセル

※検査中止の場合、費用は発生しません。

〈「④キャンセルする」場合〉

SRL へ検査を中止することを連絡し、オーダーキャンセルしてもらう

〈「③そのまま実施する」場合〉

SRL へそのまま続行することを連絡する

〈「①検体を追加」もしくは「②検体を変更」して再依頼する場合〉

1．「未染標本依頼書」を作成して病理部に提出する（P.10 参照）
2．病理部からの連絡を受け、主治医は病理部受付へ、完成した標本を受け取りに行く
3．中外 FMI ポータルで検査依頼書を出力する（P.24～27 参照）
4．２で受け取った標本と、３で出力した検査依頼書を３階検査部（外注）に主治医が直接提出する
5．C-CAT の検体情報を追加する
①入力済の検体情報に「解析不良の有無」と「解析不良の理由」を登録する

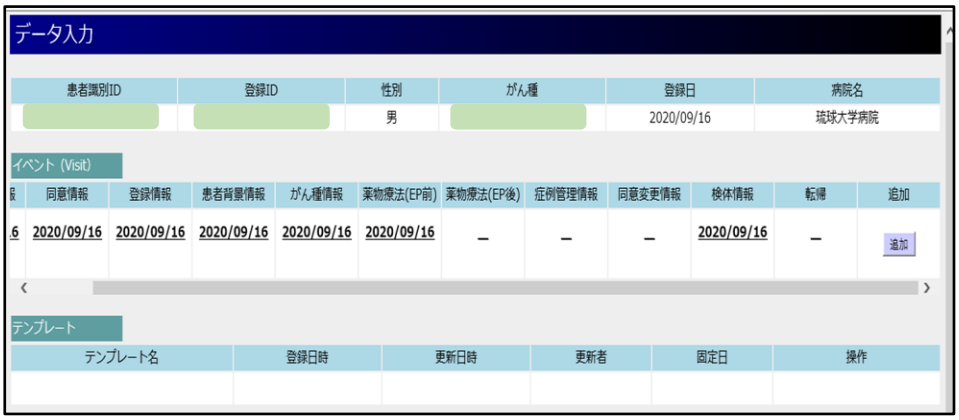


# 12. 検体不良となった場合の対応（２）



# 12. 検体不良となった場合の対応（3）

②検体情報を追加する






2021 年 6 月 14 日

# 琉球大学病院「がんゲノム医療外来」への紹介方法について（ Ver. 3.3 ）

1　「がんゲノム医療外来」
毎週水曜日（２０２０年７月１日（水）開設）

2　開設場所
琉球大学病院内科外来（外来棟 2 階）

3　担当医
琉球大学病院がんセンター　増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

4　対象患者
「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者
具体的には、資料１の患者チェックリストをすべて満たしている患者
＊従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外
＊＊いわゆる「コンパニオン診断」のための紹介は対象外
＊＊＊例外　前立腺がんは当院腎泌尿器外科と直接やりとりして下さい。

5　外来の内容
（1）１回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」に関する説明と同意を行う。原則として水曜日の午後に、完全予約制で行う。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2 名程度、合計 3～5 名程度に同席していただく。おおよそ 1 時間を想定している。
（2）２回目の外来は、琉球大学病院遺伝カウンセリング外来（毎週金曜日）にて、プレ遺伝カウンセリングを受けていただく。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2 名程度、合計 3～5 名程度に同席していただく。おおよそ 30 分を想定している。
（3）３回目の外来は、初診から約 2 か月後に、「がん遺伝子パネル検査」の結果の説明を行う。原則として水曜日の午後に、完全予約制で行う。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2 名程度、合計 3～5 名程度に同席していただく。おおよそ１時間を想定している。

6　紹介の具体的な手続き
通常の紹介患者と同様に、各医療機関の医療連携室等から、琉球大学病院医療福祉支援センター（シエント）を通じて予約を取っていただく（資料２）

7　紹介時に準備していただくもの
資料１を参照

# 琉球大学病院「がんゲノム医療外来」紹介のための
# 事前チェックリスト（Ver. 4.1）

□ 以下のいずれかを満たしている
（１）標準治療がない固形がん患者（希少がん、原発不明がんなど）
（２）局所進行若しくは転移が認められ、標準治療が終了となった固形がん患者
（３）局所進行若しくは転移が認められ、標準治療の終了が見込まれる固形がん患者

□ 関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断している

□ 他院を含め、過去に「がん遺伝子パネル検査」を受けたことがない

□ 検査機関に提出できる既存の腫瘍組織検体がある。または、再生検することができる。

□ 経口摂取が可能である

□ Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)が定めている Performance Status(PS)が 0～1 である

□ 生命予後が 3 か月以上あると推定される

□ 「がん遺伝子パネル検査」実施 2 か月後に、造血能や臓器機能が維持され、がん薬物療法が可能である

□ 治療を行う医療機関への外来通院が可能である
＊注　治療する場合は、本土の医療機関となる可能性が高いと思われます

□ 3 回にわたる外来受診時に、その都度、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）2～4 名程度、合計 3～5 名程度が同席することが可能である

□ 検査結果の説明のための外来の予約は、施設間で行う。患者への連絡は紹介元医療機関で行う。

□ 検査結果の説明後、約 3 ヶ月をめやすに、その後の薬物情報や転帰情報の情報提供を琉球大学病院がんセンターに行う。

□ 琉球大学病院で開催される九州大学とのエキスパートパネルの際は施設責任者または主治医が可能な限り同席する。

□ 以下の書類及び物品を琉球大学病院 医療福祉支援センターまで郵送している
１．検査用の検体に対する病理診断書のコピー
＊検体採取日、検体採取方法、採取臓器が明記されているかを事前に確認
＊明記されていなければ、主治医が別紙に明記した文書を添付する
２．検査用の検体
（１）HE 染色スライド　2 枚　※HE 染色スライドにはそれぞれ病院名を記入すること。
（２）未染色スライド　25 枚

□ 以下の書類がすべて揃っている
１．チェックリスト
２．診療情報提供書（紹介元医療機関の書式）
（１）①正式・正確な臨床診断名、 ②病理学的診断名、③臨床病期(cStage)、④病理学的病期(pStage)を正確に記載、（２）診断根拠を明確に記載、（３）経過は箇条書きで記載
３．病理診断書のコピー
＊これまでの病理学的検査すべてのコピー
３．エキスパートパネル開催前　臨床情報（資料 3）（直接入力のみ）
４．エキスパートパネル開催前　薬物療法詳細一覧と有害事象一覧（資料 4）（直接入力のみ）

チェックした日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

チェックした病院代表医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

申込日　　平成　　年　　月　　日

琉球大学医学部附属病院

医療福祉支援センター　シエント　　送信先（ＦＡＸ）　０９８－８９５－１４９８

# 紹介患者・予約　申込書（FAX 送信票）

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信して下さい。

| | | |
|---|---|---|
| 紹介元 | 医療機関名 | 診療科 |
| | 担当医師 | ＴＥＬ |
| | 申込担当者名 | ＦＡＸ |

| | | |
|---|---|---|
| 診療依頼 | 診療科（専門外来） | 診療科［　　科（専門外来　　科）］ |
| | 担当医師 | □指定なし　□医師指定（　　医師） |
| | 受診希望日 | □１週間以内<br>□１週間以降でも可〔特に希望のある日:　　月　　日　〕<br>※外来表を参照して下さい。<br>※医師や受診希望日については、ご希望に添えない場合がございます。 |
| | 紹介目的<br>疾患名<br>（必ずご記入ください） | |

# 紹　介　患　者　基　本　デ　ー　タ

**（保険証又はカルテのコピーを FAX していただける場合は、※印のみ記入して下さい。）**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 被保険者氏名 | 続柄 |
| 患者氏名 | | 男・女 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日生　（　　歳） | | | |
| 住所<br>電話番号 | 〒<br>TEL　（　　－　　－　　） | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号 | | 公費負担者番号 | |
| | 記号 | | 公費負担医療の受給者番号 | |
| | 番号 | | 公費負担者番号 | |
| | 開始日 | 昭・平　年　月　日 | 公費負担医療の受給者番号 | |
| | 終了日 | 平成　年　月　日 | | |
| | 国民保険の場合の個人負担割合 | 割 | 老人保険の場合の個人負担割合 | 割 |
| ※　当院受診歴 | □なし　□不明　□あり（診察券番号　　－　　－　　） | | | |

■ＦＡＸ受付時間　平日９：００～１５：００（土日・祝日・年末年始は除く）

□専用ＦＡＸ　**０９８－８９５－１４９８**

□専用ＴＥＬ　０９８－８９５－１３７１

琉球大学医学部附属病院　医療福祉支援センター　シエント

資料３

直接入力用

## エキスパートパネル開催前　臨床情報　（ Ver.3.1 ）

１．エキスパートパネル(EP)の開催時に、以下の形式の臨床情報が必要となります。
　　正確な記載をお願いします。
２．特に血縁者におけるがん発生の状況は確実に問診を行い、正確な記述をお願いします。
３．家族歴については、４枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。

| 項目 | 内容 |
|---|---|
| 病理診断名 | |
| 診断日 | (西暦) 2001/01/01 |
| 喫煙歴 | □有　□無　□不明<br>喫煙年数 　年<br>1 日の本数 　本 |
| アルコール多飲歴 | □有　□無　□不明 |
| ECOG PS | □0　□1　□2　□3　□4　□不明 |
| 重複がん | □有　部位：<br>（実際の入力に必要ですので、詳細な病名を入力してください。）<br>□活動性有　□活動性無　□活動性不明<br>□無<br>□不明 |
| 多発がん | □有 (活動性： □有　□無　□不明)<br>□無<br>□不明 |
| 登録時転移 | □無 □不明<br>□有　（部位：□脊髄　□脳　□咽頭　□喉頭　□鼻・副鼻腔　□肺<br>□胸膜　□肝　□胆道　□副腎　□子宮体部　□子宮頚部<br>□卵巣/卵管　□膣　□皮膚　□骨　□筋肉　□軟部組織<br>□腹膜　□髄膜　□骨髄　□リンパ節/リンパ管　□末梢神経<br>□血液　□その他） |
| 肺がん症例 | EGFR　：□陰性 □陽性 □判定不能 □不明または未検査 |
| | EGFR-type:EGFR-Type |
| | EGFR-検査方法:EGFR検査方法 |
| | EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M：□有 □無 |
| | ALK 融合：□陰性 □陽性 □判定不能 □不明または未検査 |
| | ALK 検査方法：ALK検査方法 |
| | ROS-1: □陰性 □陽性 □判定不能 □不明または未検査 |
| | BRAF(V600)：□陰性 □陽性 □判定不能 □不明または未検査 |
| | PD-L1(IHC)：IHC |

| | |
|---|---|
| 肺がん症例 | PD-L1(IHC)陽性率：　%<br>アスベスト暴露歴：□有　□無 |
| 乳がん症例 | HER2(IHC)：IHC<br>HER2(FISH)：FISH<br>ER：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>PgR：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>gBRCA1：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>gBRCA2：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査 |
| 食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例 | KRAS 変異：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>KRAS-type：Type<br>KRAS 検査方法：□PCR-rSSO 法　□その他　□不明<br>NRAS 変異：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>NRAS-type：Type<br>NRAS 検査方法：□PCR-rSSO 法　□その他　□不明<br>HER2(IHC)：IHC強度<br>EGFR(IHC)：IHC強度<br>BRAF(V600)：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査 |
| 肝がん症例 | HBsAg：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>HBs 抗体：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>HBV-DNA(コピー数　)<br>HCV 抗体：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査<br>HCV-RNA（コピー数　） |
| 皮膚がん症例 | BRAF(V600)：□陰性　□陽性　□判定不能　□不明または未検査 |

＊コンパニオン診断の項目および結果の記載方法についてはC-CAT側による頻回改訂があるため、その都度順次改訂していく予定です。

家族歴（血縁者におけるがんの発生について）

□ 有　□ 無　□ 不明

家族歴詳細①：

続柄　続柄①

がん種　がん種①

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢①

家族歴詳細②：

続柄　続柄②

がん種　がん種②

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢②

家族歴詳細③：

続柄　続柄③

がん種　がん種③

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢③

家族歴詳細④：

続柄　続柄④

がん種　がん種④

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢④

家族歴詳細⑤：

続柄　続柄⑤

がん種　がん種⑤

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢⑤

家族歴詳細⑥：

続柄　続柄⑥

がん種　がん種⑥

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢⑥

家族歴詳細⑦：

続柄　続柄⑦

がん種　がん種⑦

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢⑦

家族歴詳細⑧：

続柄　続柄⑧

がん種　がん種⑧

その他の場合:

罹患年齢　罹患年齢⑧

資料４

直接入力用

## エキスパートパネル開催前　薬物療法詳細一覧と有害事象一覧　（Ver.3.0）（　／　）

１．エキスパートパネル(EP)の開催時に薬物療法の情報が必要となります。
　　これまでに投与したレジメンすべてについて、正確な記載をお願いします。
２．右上に〇／△（総枚数）の形式で記入してください。
３．２枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。
４．薬剤名は必ず実際に使用した商品及び規格（100mg/v 等）の記入をお願いします。

| 項目 | 内容 |
|---|---|
| 薬物療法（EP 前） | 実施の有無：□有 □無 |
| | 治療ライン：ライン |
| | 治療目的：目的 |
| | 実施施設：□自施設 □他施設 |
| | レジメン名： |
| | 薬剤名（**商品名、規格**）：**例）シスプラチン点滴静注 25mg「マルコ」** |
| | レジメン内容変更情報: □無<br>□有（変更内容　） |
| | 投与開始日：2000/01/01 |
| | 投与終了日：2000/01/01　　または □継続中 |
| | 終了理由：理由 |
| | 最良総合効果：□CR □PR □SD □PD □NE |
| 有害事象（EP 前） | Grade3 以上有害事象の有無（**非血液毒性**）：□有 □無 □不明 |
| 有害事象① | CTCAEv5.0 名称　日本語： |
| | 最悪 Grade　：□3 □4 □5 □不明 |
| | 有発現日 2000/01/01 |
| 有害事象② | CTCAEv5.0 名称　日本語： |
| | 最悪 Grade　：□3 □4 □5 □不明 |
| | 発現日 2000/01/01 |
| 有害事象③ | CTCAEv5.0 名称　日本語： |
| | 最悪 Grade　：□3 □4 □5 □不明 |
| | 発現日 2000/01/01 |

資料５

## エキスパートパネル開催後　薬物療法（ Ver.1.0 ）

直接入力用

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の薬物療法が必要となります。
正確な記載をお願いします。

### 薬物療法（ＥＰ後）

レジメン内容１

エキスパートパネル開催日

EP の結果治療薬の選択肢が提示された　○はい ○いいえ　※必須

提示された治療薬を投与した　○投与した ○投与しなかった ○不明 ※必須

（他院で投薬した場合を含む）

※**投与しなかった**を選択した場合は下記の提示された治療薬を投与しなかった理由のみ入力をおねがいします。

※治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。

治療方針　○企業治験 ○医師主導治験 ○先進医療○患者申出治療
○保険診療 ○その他　※必須

治療ライン　○１次治療 ○１次治療 ○３次治療○４次治
○５次治療以降 ○不明　※必須

実施施設　○自施設○他施設　※必須

レジメン名

身長　（ｃｍ）

体重　（ｋｇ）

薬剤１

薬剤名（一般名）　※必須

薬剤名（商品名）

(初回)投与量

単位　○mg/body ○mg/m2 ○mg/kg○lu/body
○経口 ○静注 ○点滴静注射○皮下 ○筋注 ○動注 ○その他

薬剤２

レジメン内容変更情報

投与開始日　（日付・曖昧指定可）　※必須

投与終了日　（日付・曖昧指定可）　※必須

□継続中

最良総合効果　○CR ○PR ○5D○PD ○NE　※必須

増悪確認日　（日付・曖昧指定可）　※必須

Grade３以上有害事象の有無　○Grade3 以上なし ○Grade3 以上あり ○不明 ※必須

※Grade３以上の血液毒性は必須ではありません。

**提示された治療薬を投与しなかった理由**　※必須

○提示された治療薬以外の化学療法を行った
○患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった
○患者の経済的事情により化学療法ができなかった
○患者の前身の状態不良により化学療法ができなかった
○患者が化学療法を希望しなかった
○死亡
○その他・不明

資料６

直接入力用

## エキスパートパネル開催後　転帰情報　（ Ver.1.0 ）

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の転帰情報が必要となります。
　正確な記載をお願いします。

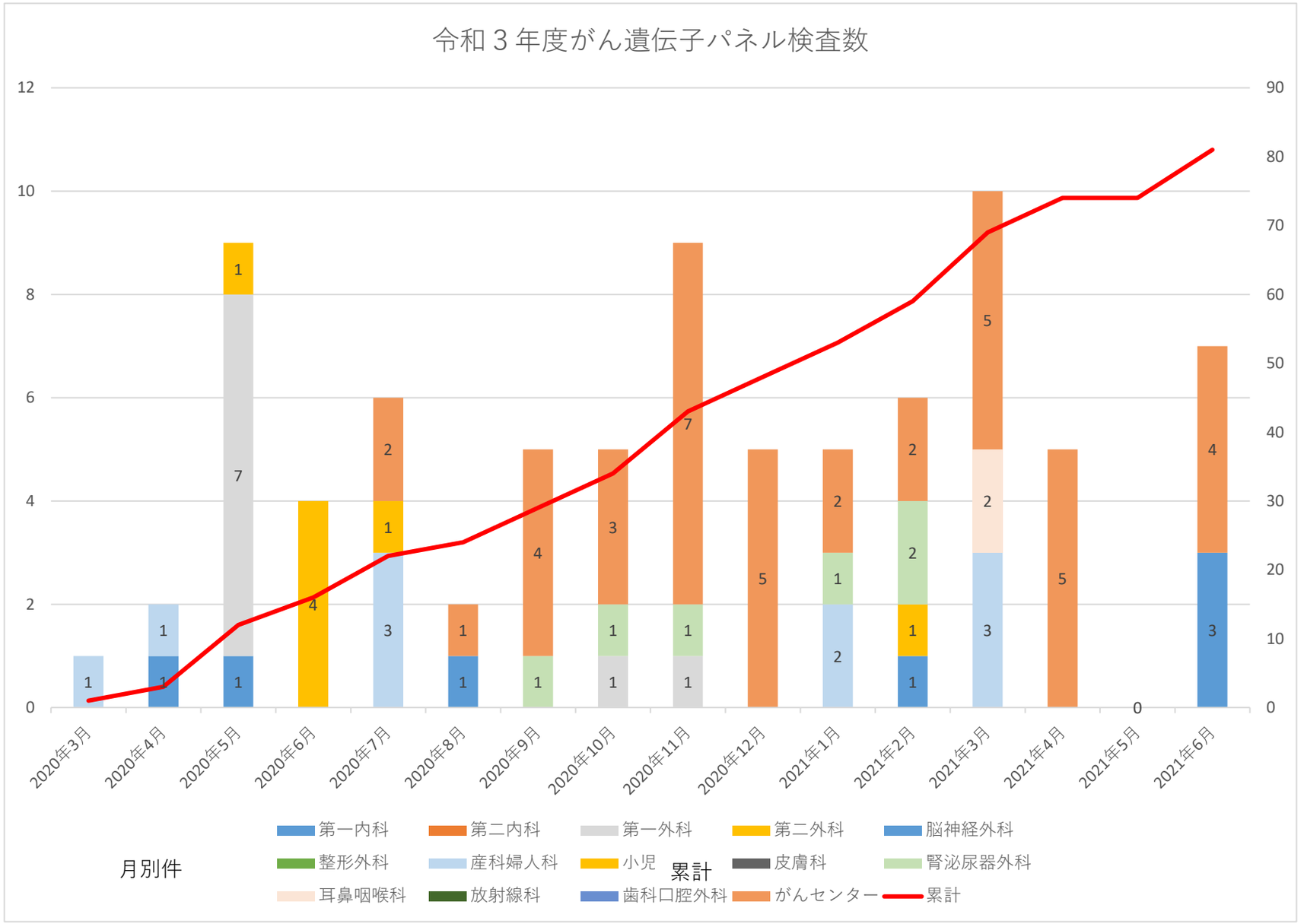
**転帰情報**

| | |
|---|---|
| 転帰 | ○生存　○死亡　○不明もしくは追跡不可　※必須 |
| 最終生存確認日 | （日付・曖昧指定可）　※必須 |
| 死亡日 | （日付）　※必須 |
| 死因 | ○原病死　○他部位のがん死　○他病死○不明　※必須 |

# がん遺伝子パネル検査研修会申込み状況

| | 医療機関名 | 開催日 | 代表医師 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 那覇市立病院 | 幹事会及び専門部会で説明済み | 宮里　浩 | |
| 2 | 沖縄県立中部病院 | 幹事会及び専門部会で説明済み | 吉田　幸生 | |
| 3 | 北部地区医師会病院 | 幹事会及び専門部会で説明済み | 照屋　淳 | |
| 4 | 沖縄県立宮古病院 | 幹事会及び専門部会で説明済み | 松村　敏信 | |
| 5 | 沖縄県立八重山病院 | 幹事会及び専門部会で説明済み | 尾﨑　信弘 | |
| 6 | 同仁病院 | 令和2年11月30日（月） | 山城　惟欣 | |
| 7 | 沖縄赤十字病院 | 令和2年12月14日（月） | 豊見山　健 | |
| 8 | 中頭病院 | 令和3年2月8日（月） | 座波　久光 | |
| 9 | 那覇西クリニック | 令和3年2月8日（月） | 玉城　研太朗 | |
| 10 | 浦添総合病院 | 令和3年3月8日（月） | 宮里　恵子 | YouTubeでの動画視聴 |
| 11 | 友愛医療センター | 令和3年3月22日（月） | 仲地　厚 | YouTubeでの動画視聴 |
| 12 | 南部徳洲会病院 | 令和3年3月25日（木） | 向山　秀樹 | YouTubeでの動画視聴 |
| 13 | 沖縄協同病院 | 令和3年3月25日（木） | 有銘　一朗 | YouTubeでの動画視聴 |
| 14 | ハートライフ病院 | 令和3年6月8日（火） | 阿嘉　裕之 | YouTubeでの動画視聴 |

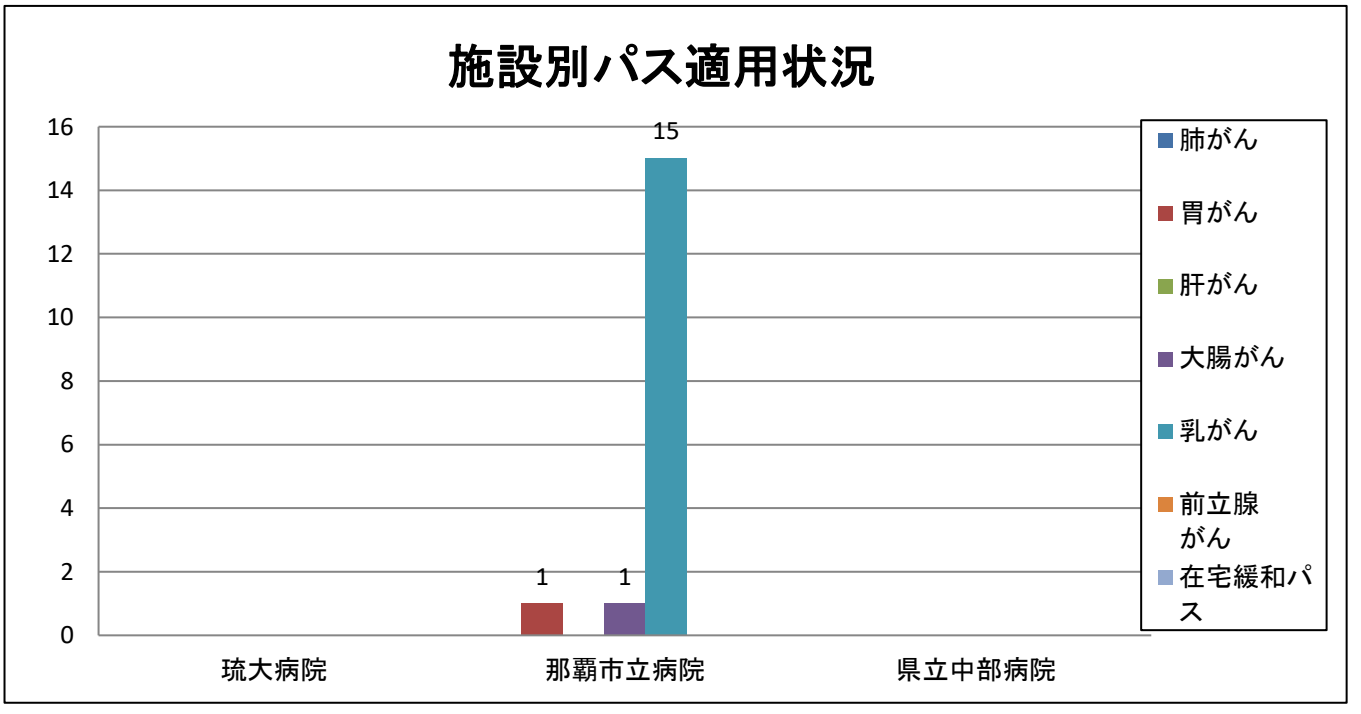
令和3年6月9日現在

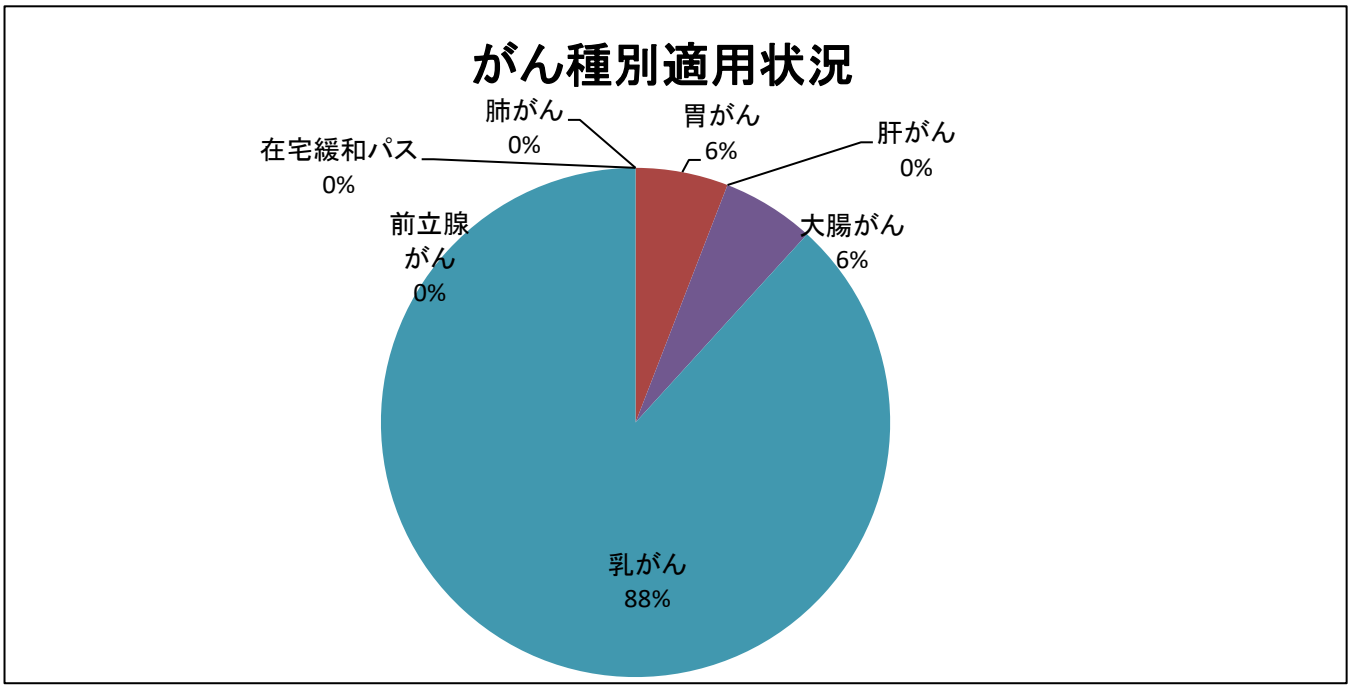

令和３年度がん遺伝子パネル検査数
月別件
累計
第一内科
第二内科
第一外科
第二外科
脳神経外科
整形外科
産科婦人科
小児
皮膚科
腎泌尿器外科
耳鼻咽喉科
放射線科
歯科口腔外科
がんセンター
累計
2020年3月
2020年4月
2020年5月
2020年6月
2020年7月
2020年8月
2020年9月
2020年10月
2020年11月
2020年12月
2021年1月
2021年2月
2021年3月
2021年4月
2021年5月
2021年6月

資料１５

# 令和3年度沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について
（令和3年4月1日～6月末まで）

| 施設名 | 肺がん | 胃がん | 肝がん | 大腸がん | 乳がん | 前立腺がん | 在宅緩和パス | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 琉大病院 | | | | | | | | 0 |
| 那覇市立病院 | | 1 | | 1 | 15 | | | 17 |
| 県立中部病院 | | | | | | | | 0 |
| 合計 | 0 | 1 | 0 | 1 | 15 | 0 | 0 | 17 |



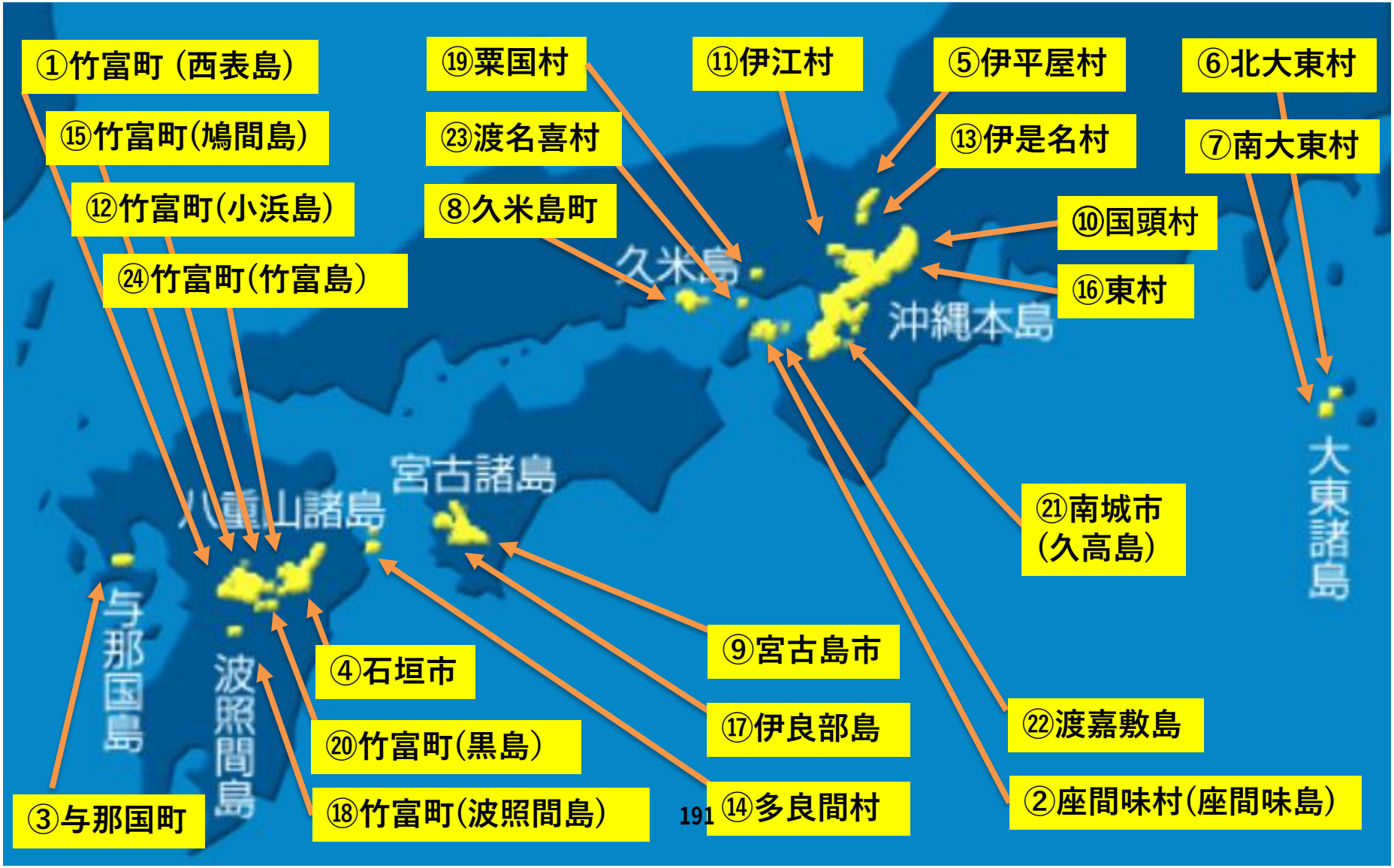

令和3年3月31日現在

資料１６

## 【がん情報提供講演会　開催一覧】

| 年度 | | 離島訪問一覧 | 開催日時 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| 2015年度（H27年度） | ① | 西表島（竹富町） | H28.3.18 | がん療養場所ガイドブック活用説明会 |
| | ② | 座間味島（座間味村） | H28.3.22 | がん療養場所ガイドブック活用説明会 |
| 2016年度（H28年度） | ③ | 与那国島（与那国町） | H28.7.15 | がん療養場所ガイドブック活用説明会 in 与那国島 |
| | ④-1 | 久米島（久米島町） | H28.9.16 | もしも島でがんになったら |
| | ⑤ | 伊平屋島（伊平屋村） | H28.9.30 | もしも島でがんになったら |
| | ⑥ | 北大東島（北大東村） | H28.12.9 | もしも島でがんになったら |
| | ⑦ | 南大東島（南大東村） | H28.12.10 | もしも島でがんになったら |
| | ⑧-1 | 石垣島（石垣市） | H29.1.21 | もしも島でがんになったら 図書館でまるごと一日「がん」のこと |
| 2017年度（H29年度） | ⑨-1 | 宮古島（宮古島市） | H29.9.9 | がん専門医に学ぶ 医師とのコミュニケーション |
| | | 那覇市 | H29.11.19 | がんで後悔しないためのヘルスリテラシーってなんだ？ |
| | ⑨-2 | 宮古島（宮古島市） | H30.1.13 | もしも宮古島でがんになったら |
| 2018年度（H30年度） | ⑩ | 国頭村 | H30.7.27 | もしも国頭村でがんになったら |
| | ⑪ | 伊江村 | H30.9.13 | もしも伊江島でがんになったら |
| | ⑫ | 小浜島（竹富町） | H30.10.5 | もしも小浜島でがんになったら |
| | ⑧-2 | 石垣市 | H30.10.6 | がん相談できる島づくりがんピアキャラバン |
| | ⑬ | 伊是名村 | H30.11.2 | もしも伊是名村でがんになったら |
| | ⑭ | 多良間村 | H30.11.30 | もしも多良間村でがんになったら |
| | ⑮ | 鳩間島（竹富町） | H31.2.22 | もしも鳩間島でがんになったら |
| 2019年度（R1年度） | ⑯ | 東村 | R1.5.17 | もしも東村でがんになったら |
| | ⑰ | 伊良部島（宮古島市） | R1.6.7 | もしも伊良部島でがんになったら |
| | ⑱ | 波照間島（竹富町） | R1.7.12 | もしも波照間島でがんになったら |
| | ⑲ | 粟国村 | R1.9.26 | もしも粟国村でがんになったら |
| | ⑳ | 黒島（竹富町） | R1.10.17 | もしも黒島でがんになったら |
| | ㉑ | 久高島（南城市） | R2.2.20 | もしも久高島でがんになったら |
| 2020年度（R2年度） | ㉒ | 渡嘉敷村 | R2.9.24 | もしも渡嘉敷島でがんになったら |
| | ㉓ | 渡名喜村 | R2.11.10 | もしも渡名喜島でがんになったら |
| | ㉔ | 竹富島（竹富町） | R2.11.26 | もしも竹富島でがんになったら |

# 普及啓発活動をパッケージで行った離島・へき地市町村



2021年版／令和2年度 沖縄県委託事業

# 地域の療養情報
# おきなわ がんサポート ハンドブック



沖縄県のがん患者さんとそのご家族に向けて、がんに関する正確な情報をわかりやすくお伝えするガイドブックです。**納得して治療を受けていただくために治療開始前に知っておきたい**情報や、相談窓口、県内の医療体制、地域の支えあいの場など、がんと向き合う方々をサポートする一冊です。

治療と療養の過程（ライフコース）を図で示すことにより、がん治療の流れを理解しやすく説明。




ネットでもより
検索しやすくなりました。

ダウンロードは
コチラから



## 「がんと言われたとき、すぐに役立つヒント&リスト」巻頭綴じ込み付

おきなわがんサポートハンドブックは**無料**です。このポスターが貼ってある施設やがん診療を行っている病院や診療所、がん相談支援センターで配布しています。ぜひお手に取ってご覧ください。

**「面談にのぞむときの質問集」「わたしのメモ」付き**

## 診断後にどうすればいいか？

- 病名と病期を知る
- がん相談支援センターを利用する
- 主治医と話す
- セカンドオピニオンを活用する
- 痛みやつらさを和らげる
- すぐに仕事を辞めない
- 情報を集める
- 治療費の負担を減らす
- 妊娠の可能性を知る
- 大事にしたいことを考える

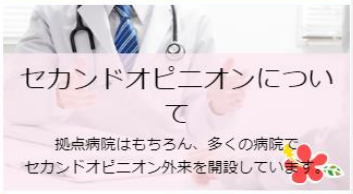


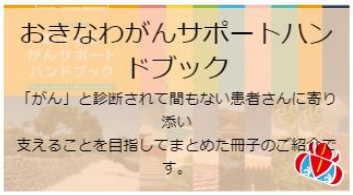
お問い合わせ
**琉球大学病院がんセンター** 〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字上原207
TEL.098-895-1531 FAX.098-895-1497
E-mail : mail@ryukyucc.jp
URL : https://www.okican.jp

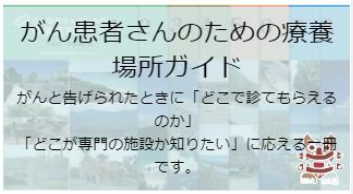






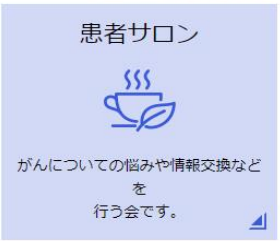


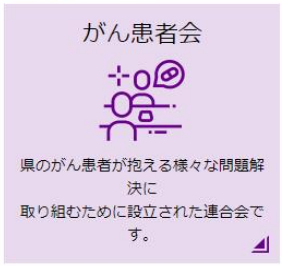









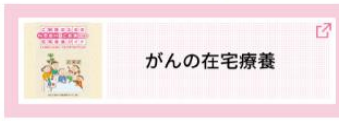



















沖縄県がん診療連携協議会運営サイト　全てのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することが目標です。
うちな～がんネット がんじゅう
リンク集 | プライバシーポリシー | お問い合わせ | サイトマップ | サイト内検索
医療関係者の方へ | 患者さん・ご家族・県民の方へ | 緩和ケア研修会 | 沖縄県がん診療連携協議会 | 部会について

# 患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」



## 患者必携とは？

がんと診断されて間もない患者さんの思いに寄り添い、支える事の助けとなることを目指して、「信頼できる情報で、わかりやすく、役にたつもの」をまとめたものです。

1. 自分らしい病気との向き合い方を教えていくために読む「がんになったら手にとるガイド」
2. 治療や療養生活について、聞いたり調べたりして理解したことを書き留めて整理する「わたしの療養手帳」
3. お住まいの地域の相談窓口などの情報をまとめた「地域の療養情報」

患者必携の主な対象は、がんと診断が伝えられた直後（比較的最近）の患者さんです。

患者さん・ご家族・県民の方へ
イベント情報
タウンミーティング
がん治療について
患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」
おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）

### がんサポートブック



おきなわ小児がん 相談支援マニュアル 第1版



事業所と働く人のためのがん治療と仕事その両立支援のポイント



地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」



患者必携 がんになったら 手にとるガイド

## 1．がんになったら手にとるガイド




（普及新版）

「がんになったら手にとるガイド」PDFはこちらからご確認いただけます。
（PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください）

詳しくはこちら→　国立がん研究センター　がん情報サービス　ホームページ

## 2．わたしの療養手帳




（普及新版）

「わたしの療養手帳」PDFはこちらからご確認いただけます。
（PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください）

詳しくはこちら→　国立がん研究センター　がん情報サービス　ホームページ

## 3．地域の療養情報　「おきなわがんサポートハンドブック」

2020年版よりおきなわがんサポートハンドブックのウェブサイトを開設してます。
画像をクリック下さい。

【ウェブサイト版】




案内サイトもリンクしてます。

PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください。

【PDF版】





おきなわがんサポートハンドブック(2017年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2016年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2015年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2014年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2013年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2012年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2011年版)
がん患者会
患者サロン
沖縄県地域統括相談支援センター
医療機関の情報について
がん情報ブースのご紹介
おきなわがん診療ネット　みるん・しるん
がん相談窓口
がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療　「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療について」
患者サロン
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
患者サロン




沖縄県がん診療連携拠点病院



沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト



過去の版もみれます。




## 地域の療養情報　沖縄県(試作版)




PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください

## ■ 患者必携の役割

1. がんの治療経過がわかる
2. 大まかに自分のがんの状況と今後の見通しの参考になる
3. 医療者、介護や支援などの初期の理解の手助けになる
4. 療養や今後の生活に関して調べること、知るべきことを認識する助けになる
5. 患者・家族と医療者、支援者が共に同じ冊子体を使って情報共有、情報交換することによって、患者さんにとって役立つ情報が蓄積され、行動に結びつけられる。


がん医療に関する一般市民向け講演会の開催をお考えの方へ



がん医療に関する医療者向け講演会の開催をお考えの方へ



沖縄県在宅緩和ケアマップ



タウンミーティング



がん情報ブース



リンク集

アンケートにご協力ください
地域の療養情報
「おきなわがんサポートハンドブック」
についてのアンケートにご協力ください

がん体験者による、がん患者さんや
そのご家族のためのピアサポート
沖縄県地域統括
相談支援センター
琉球大学医学部付属病院内



沖縄県がん患者会連合会

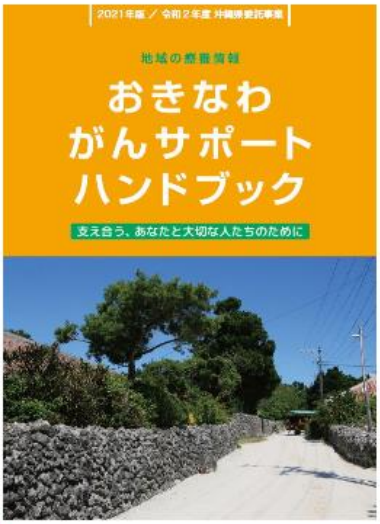
# おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）



## 地域の療養情報　「おきなわがんサポートハンドブック」(2021年版)　2021年発行

**ＰＤＦはこちらからご確認いただけます。**

（一括してPDFをご覧になりたい方は下記画像をクリックしてください）







患者さん・ご家族・県民の方へ
イベント情報
タウンミーティング
がん治療について
患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」
おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）
おきなわがんサポートハンドブック（2020年版）
おきなわがんサポートハンドブック(2019年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2018年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2017年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2016年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2015年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2014年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2013年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2012年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2011年版)

巻頭綴じ込み がんと告げられたあなたへ （ＰＤＦ 全6面 ）
信頼できるインターネット情報
診断から治療までのながれ
がんと言われたとき、すぐに役立つヒント&リスト

＜本編＞

表紙 （ＰＤＦ）
がんや療養生活について詳しく知るには・本扉 （ＰＤＦ P0-P1 ）
もくじ （ＰＤＦ P2-P6 ）

第１部 納得して治療を受ける （第1部 扉 ＰＤＦ P7 ） （ＰＤＦ P8-P9 ）
１．がんについて相談する （第1部 第1章 ＰＤＦ P10-P13 ）
（１）がん相談支援センター
（２）沖縄県医療安全相談センター
【私を支えてくれたもの】

がん患者会
患者サロン
沖縄県地域統括相談支援センター
医療機関の情報について
がん情報ブースのご紹介
おきなわがん診療ネット みるん・しるん
がん相談窓口
がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療 「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療について」

2．治療について知る（第1部 第2章 ＰＤＦ P14-P19 ）
（1）がん治療と療養の過程（ライフコース）
（2）標準治療と科学的根拠（エビデンス）
（3）臨床試験
（4）補完代替療法
（5）ゲノム医療
（6）口腔ケアとがん治療
（7）妊娠の可能性を残す（生殖機能の温存）

3．情報を集める （第1部 第3章 ＰＤＦ P20-P25 ）
（1）病名、性質、病期
（2）主治医の説明を聞く
（3）セカンドオピニオン
（4）セカンドオピニオン実施施設
（5）書籍とインターネットで情報をさがす

4．県内の医療体制 （第1部 第4章 ＰＤＦ P26-P32 ）
（1）がん診療連携拠点病院および地域がん診療病院
（2）がん診療を行っている専門医療機関
（3）希少がんと小児がんの診療病院
（4）がん診療を行っている沖縄県内の医療機関
（5）離島とがん ～通院治療の選択～
【緩和ケア～痛みを和らげる治療について～】

第２部 よりよい療養生活をおくるために （第2部 扉 ＰＤＦ P33 ）（ＰＤＦ P34-P35 ）
1．痛みやつらさを和らげる （第2部 第1章 ＰＤＦ P36-P37 ）
（1）緩和ケア
（2）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

2．同じ病気の人の話を聞いてみる （第2部 第2章 ＰＤＦ P38-P45 ）
（1）がんピアサポーター（がん経験者による相談）
（2）患者会
（3）患者支援団体
（4）患者サロン

3．自分らしく毎日を過ごす （第2部 第3章 ＰＤＦ P46-P49 ）
（1）外見ケア
（2）さまざまな身体的症状への対応
（3）がんとセクシャリティ
【がん治療と向き合う】

4．子どもの療養を支える （第2部 第4章 ＰＤＦ P50-P54 ）
（1）入院中の教育支援、復帰支援
（2）ファミリーハウス
（3）入院中のきょうだい支援
【周りが必ずついている】
（4）晩期合併症と長期フォローアップ
（5）養育支援訪問事業
（6）一時預かり事業、病児・病後児保育事業

5．AYA世代のがんを考える（第2部 第5章 ＰＤＦ P55 ）
（1）AYA世代のがん

患者サロン
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
患者サロン


沖縄県がん診療連携拠点病院


沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト


がん医療に関する一般市民向け講演会の開催をお考えの方へ


がん医療に関する医療者向け講演会の開催をお考えの方へ


沖縄県在宅緩和ケアマップ


タウンミーティング


がん情報ブース

6．自宅で療養生活を続けたい （第2部 第6章 ＰＤＦ P56-P61 ）
（1）在宅療養
（2）訪問診療
（3）訪問看護
（4）介護保険
（5）福祉用具・介護用品の貸与
（6）高齢者の相談窓口（地域包括支援センター）
（7）介護タクシー
【骨髄移植を経て】

7．最期まで自分らしく生きる （第2部 第7章 ＰＤＦ P62-P64 ）
（1）終末期における緩和ケア（ターミナルケア）
（2）グリーフケア

第３部 お金のことについて （第3部 扉 ＰＤＦ P65 ） （ＰＤＦ P66-P67 ）
1．医療費の負担を減らしたい （第3部 第1章 ＰＤＦ P68-P76 ）
（1）高額療養費制度
（2）高額療養費限度額適用認定証
（3）標準負担額減額認定証
（4）高額療養費貸付制度
（5）高額医療・高額介護合算制度
（6）確定申告による医療費等の控除
（7）その他の制度

2．治療を受けながら働く （第3部 第2章 ＰＤＦ P77-P81 ）
【治療と仕事の両立支援】
（1）労働問題全般についての相談
（2）治療と仕事の両立支援
（3）生活から就職までの総合相談
（4）医療機関での就労相談
（5）女性の就業相談、仕事と子育ての両立などの相談
（6）働くがん患者の支援団体、冊子

3．仕事を辞めて治療に専念する （第3部 第3章 ＰＤＦ P82-P83 ）
（1）退職に伴う健康保険の変更
（2）失業手当（基本手当）の受給期間の延長

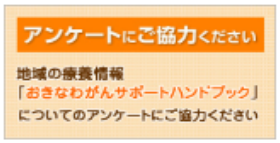
4．家庭の状況に合う支援を受ける （第3部 第4章 ＰＤＦ P84-P86 ）
（1）傷病手当金
（2）ひとり親家庭等医療費助成制度
（3）一部負担金の減免制度
（4）生活保護
（5）生活福祉資金貸付制度

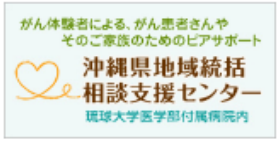
5．離島に住む人向けの制度を知る（第3部 第5章 ＰＤＦ P87 ）
（1）がん治療の渡航費助成
（2）離島・へき地のがん患者等の宿泊支援

6．障害についての支援を受ける （第3部 第6章 ＰＤＦ P88-P89 ）
（1）障害年金
（2）障害手当金（厚生年金）
（3）身体障害者手帳

7．子ども向けの制度を知る （第3部 第7章 ＰＤＦ P90-92 ）
（1）小児慢性特定疾病医療費助成制度
（2）特別児童扶養手当
（3）障害児福祉手当
（4）その他の制度
【自分の病気を子どもに伝える】



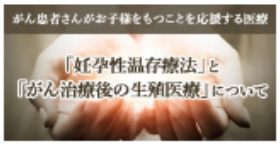









問い合わせ一覧 （扉 ＰＤＦ P93） （ＰＤＦ P94-P99 ）
■医療機関一覧
■役所・役場一覧
■年金事務所一覧／各医療保険窓口■税務署一覧／福祉事務所一覧

ノート欄
●面談にのぞむときの質問集 （ＰＤＦ P100-P101 ）
●私のメモ（担当医からの説明の記録） （ＰＤＦ 102 ）

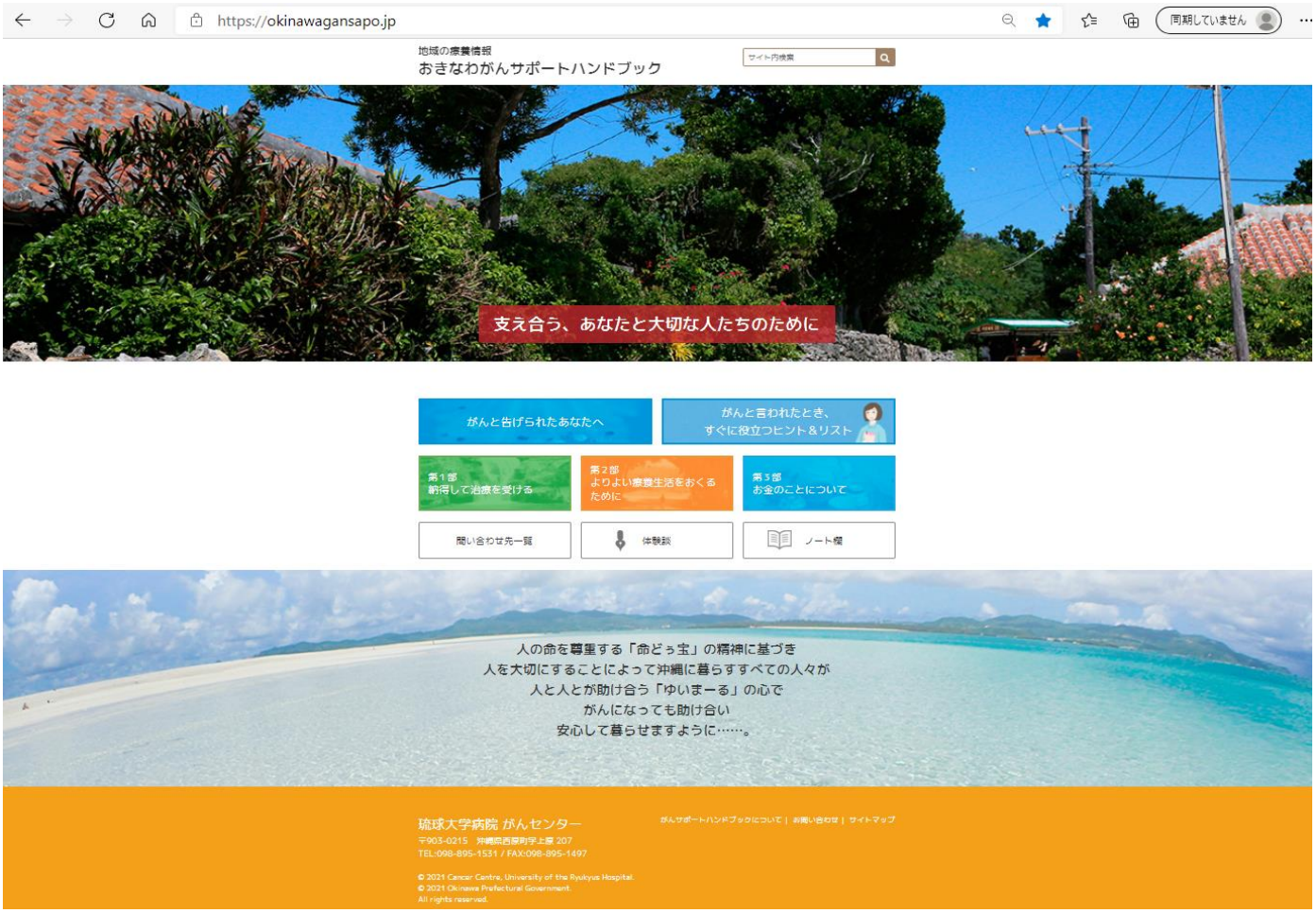
あとがき 編集委員 編集協力 （ＰＤＦ P103 ）
奥付 がんの冊子（ＰＤＦ P104-P105 ）

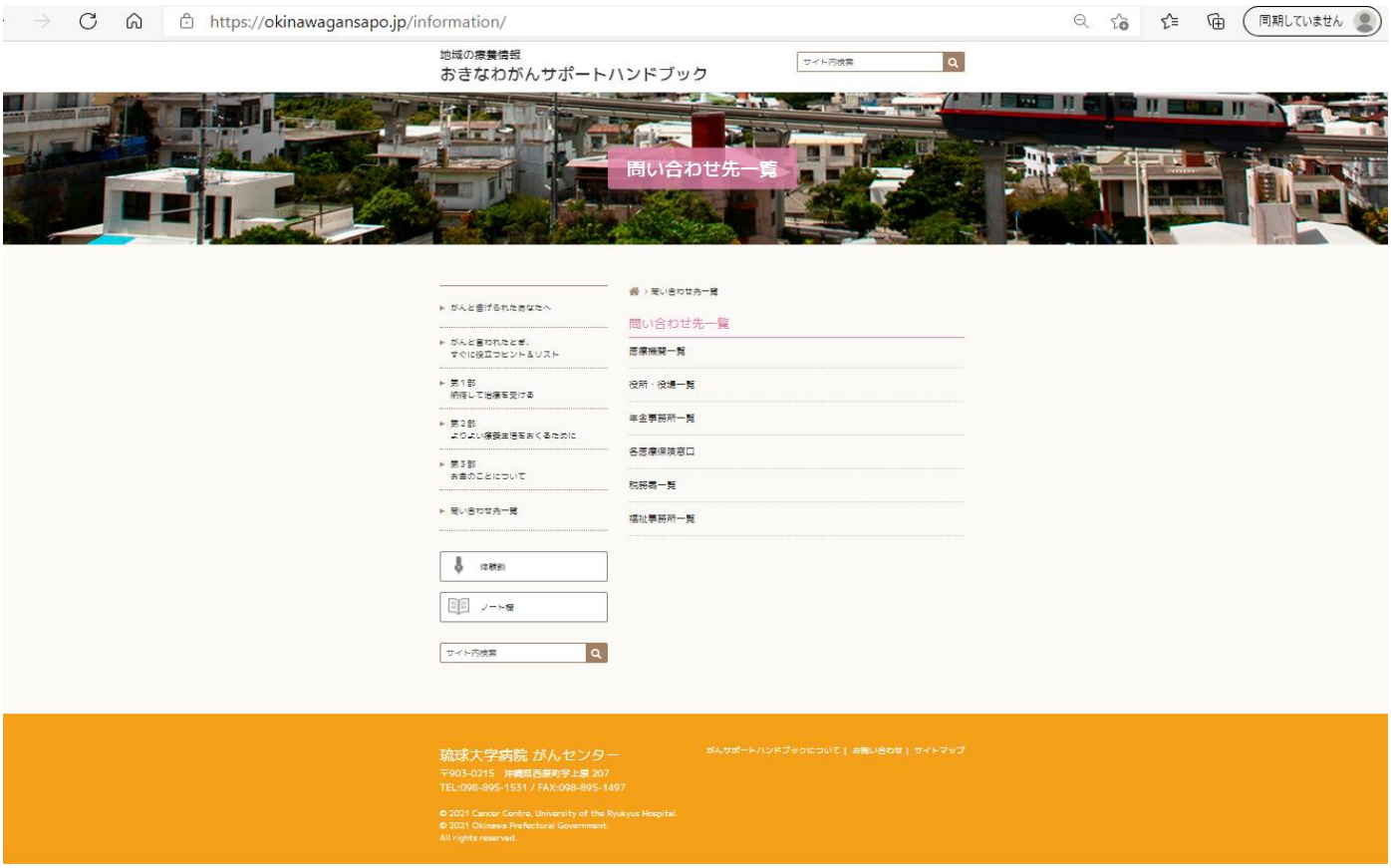


うちな～がんネット がんじゅう

沖縄県がん診療連携協議会
〒903-0215　沖縄県中頭郡西原町字上原207番地

Copyright © 沖縄県がん診療連携協議会 All Rights Reserved


https://okinawagansapo.jp
同期していません
地域の療養情報
おきなわがんサポートハンドブック
サイト内検索
支え合う、あなたと大切な人たちのために
がんと告げられたあなたへ
がんと言われたとき、
すぐに役立つヒント＆リスト
第1部
納得して治療を受ける
第2部
よりよい療養生活をおくるために
第3部
お金のことについて
問い合わせ先一覧
体験談
ノート欄
人の命を尊重する「命どぅ宝」の精神に基づき
人を大切にすることによって沖縄に暮らすすべての人々が
人と人とが助け合う「ゆいまーる」の心で
がんになっても助け合い
安心して暮らせますように……。
琉球大学病院 がんセンター
〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207
TEL:098-895-1531 / FAX:098-895-1497
© 2021 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2021 Okinawa Prefectural Government.
All rights reserved.
がんサポートハンドブックについて | お問い合わせ | サイトマップ


https://okinawagansapo.jp/information/
同期していません
地域の療養情報
おきなわがんサポートハンドブック
サイト内検索
問い合わせ先一覧
がんと告げられたあなたへ
がんと言われたとき、
すぐに役立つヒント＆リスト
第1部
納得して治療を受ける
第2部
よりよい療養生活をおくるために
第3部
お金のことについて
問い合わせ先一覧
体験談
ノート欄
サイト内検索
問い合わせ先一覧
医療機関一覧
役所・役場一覧
年金事務所一覧
各医療保険窓口
税務署一覧
福祉事務所一覧
琉球大学病院 がんセンター
〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207
TEL:098-895-1531 / FAX:098-895-1497
© 2021 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2021 Okinawa Prefectural Government.
All rights reserved.
がんサポートハンドブックについて | お問い合わせ | サイトマップ

# 第１回「がん情報提供資材 2022 年版」編集委員会　議事要旨

日　　時：令和３年６月 23 日　14 時～17 時

場　　所：Zoom による WEB 会議

編集委員：12 名（敬省略）参加 11 名

| | |
|---|---|
| 患者の立場 | 田盛 亜紀子(患者会・やいまゆんたく会会長) |
| 患者の立場 | 片倉　政人（がんの子どもを守る会沖縄支部 代表幹事） |
| 患者の立場 | 島袋　百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄支部 支部長） |
| 患者の立場 | 大湾　盛治（がんピアサポーター） |
| | ※欠席／事前意見提出・電話にて対応 |
| 地域統括相談員 | 中山 富美　（がんピアサポーター） |
| 社会保険労務士 | 金城 由紀子(ｷｬﾘｱ自立・人財ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄｵﾌｨｽ PDCA) |
| 社会保険労務士 | 高嶺 志乃（高嶺社会保険労務士事務所） |
| ﾁｬｲﾙﾄﾞ・ﾗｲﾌ・ｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ | 佐久川 夏実 |
| | （沖縄県立南部医療センター・こども医療センター） |
| 訪問看護認定看護師 | 宮城 愛子(訪問看護ステーションアレグリア所長) |
| 医療ソーシャルワーカー | 大久保 礼子(琉球大学病院 がん相談支援センター) |
| 血液・腫瘍内科医師 | 増田 昌人(琉球大学病院 がんセンター センター長) |
| 事務補佐員 | 城間 久美子(琉球大学病院 がんセンター) |

開催の様子：WEB 画面




内　　容：議事次第により進行

**１．　開会**

１４：０５より開始

**２．　センター長の挨拶**

琉球大学病院 がんセンター長 増田昌人より編集委員への挨拶及び 2022 年度版について

おきなわがんサポートハンドブック・サイト版アクセス数

※ https://okinawagansapo.jp/plesk-stat/webstat-ssl/ より抽出

| 月別 | アクセス数<br>(Number of visits) | 備考 |
|---|---|---|
| 2020年9月 | 2,842 | |
| 2020年10月 | 3,154 | |
| 2020年11月 | 3,033 | |
| 2020年12月 | 4,383 | |
| 2021年1月 | 5,914 | |
| 2021年2月 | 3,474 | |
| 2021年3月 | 3,624 | |
| 2021.4月 | 3,760 | |
| 2021.5月 | 3,401 | |
| 2021.6月 | 6,039 | |
| 合計 | 42,007 | |

資料１７

# がん相談業務
## （院内におけるピアサポート）

## 相談記録シート集計報告

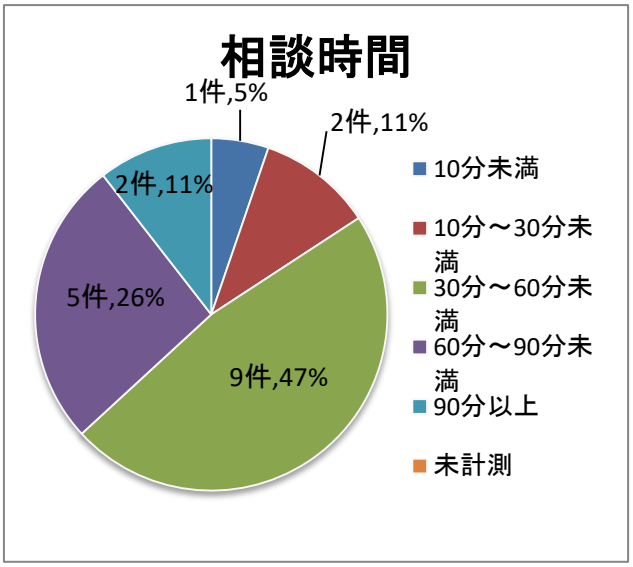
## 実施期間：令和３年４月１日～令和３年６月30日

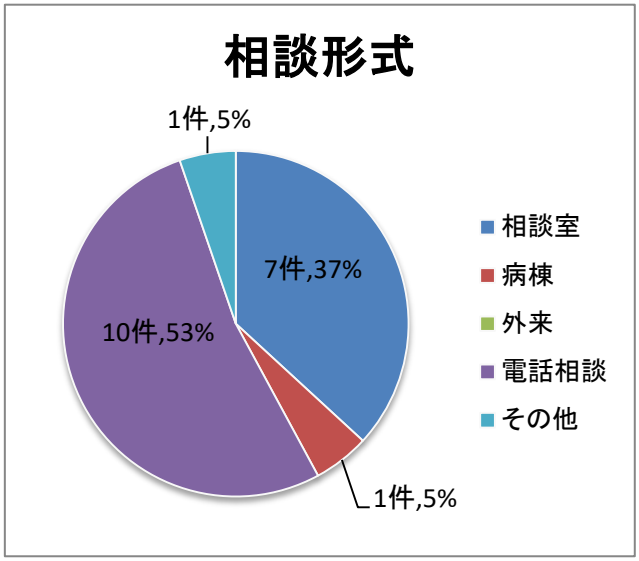
沖縄県地域統括相談支援センター

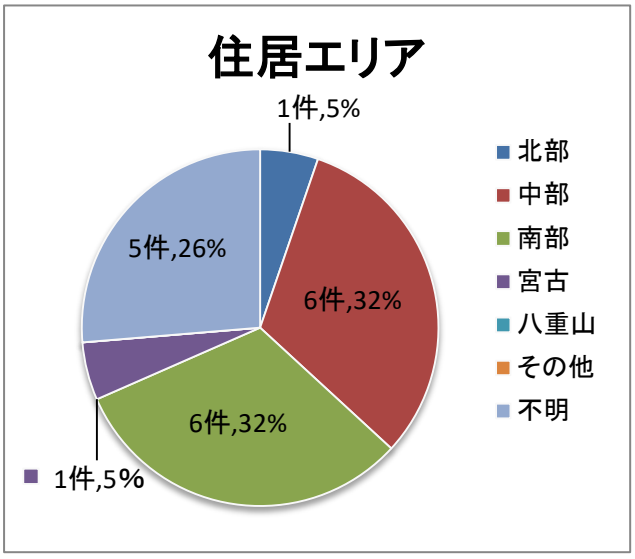
# がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

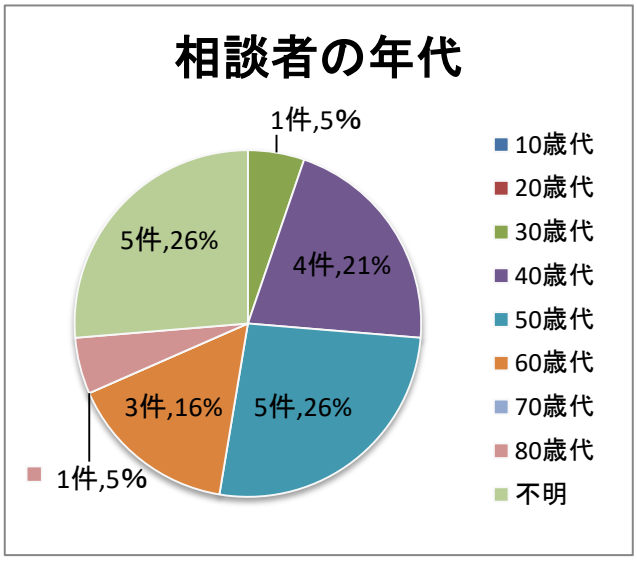
■ 調査対象期間　令和3年4月1日～令和3年6月30日
■ 調査件数　19　件

| 相談月 | 件　数 |
|---|---|
| 4月 | 8 |
| 5月 | 6 |
| 6月 | 5 |
| 合　計 | 19 |

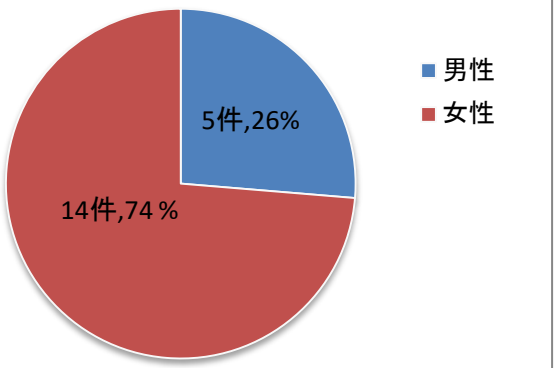


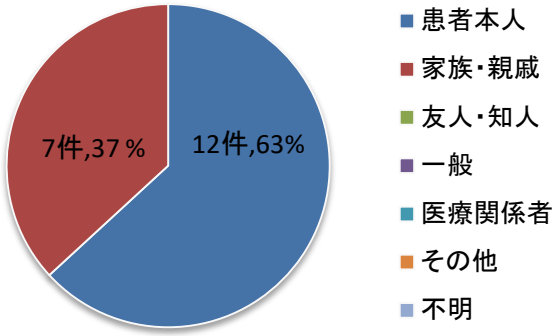



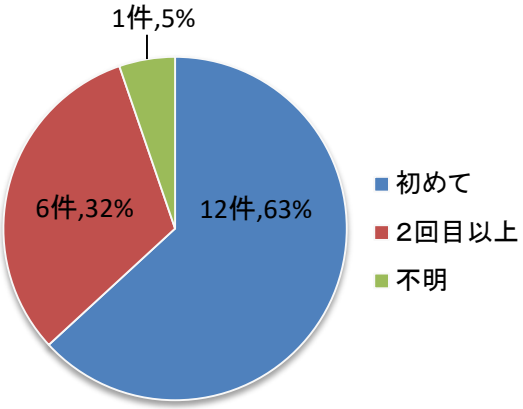
## 相談者の性別



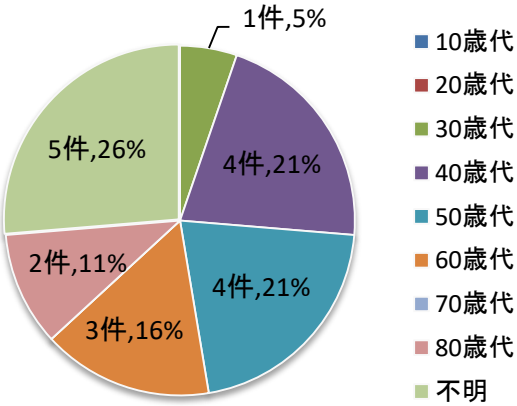

## 相談者のカテゴリー



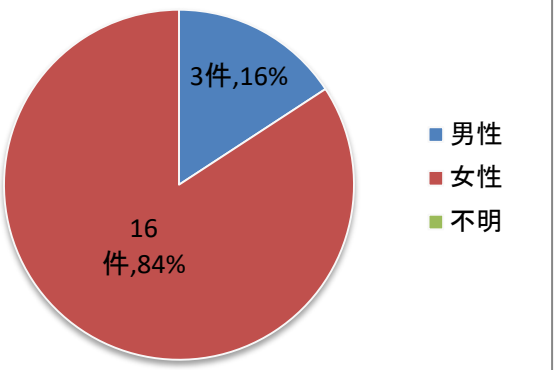

## 相談者の利用回数



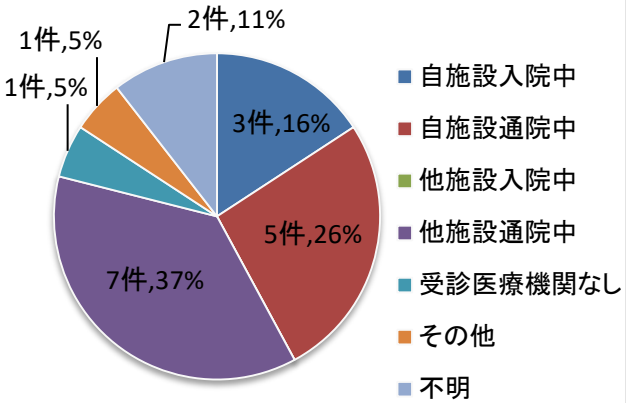

## 患者本人の年代

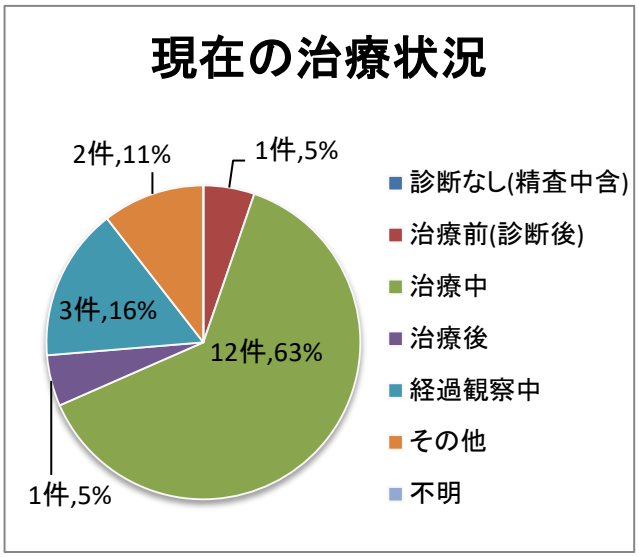


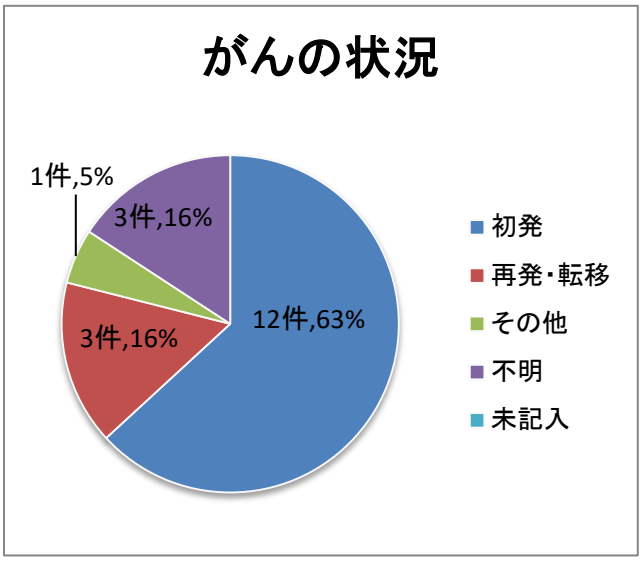

## 患者本人の性別

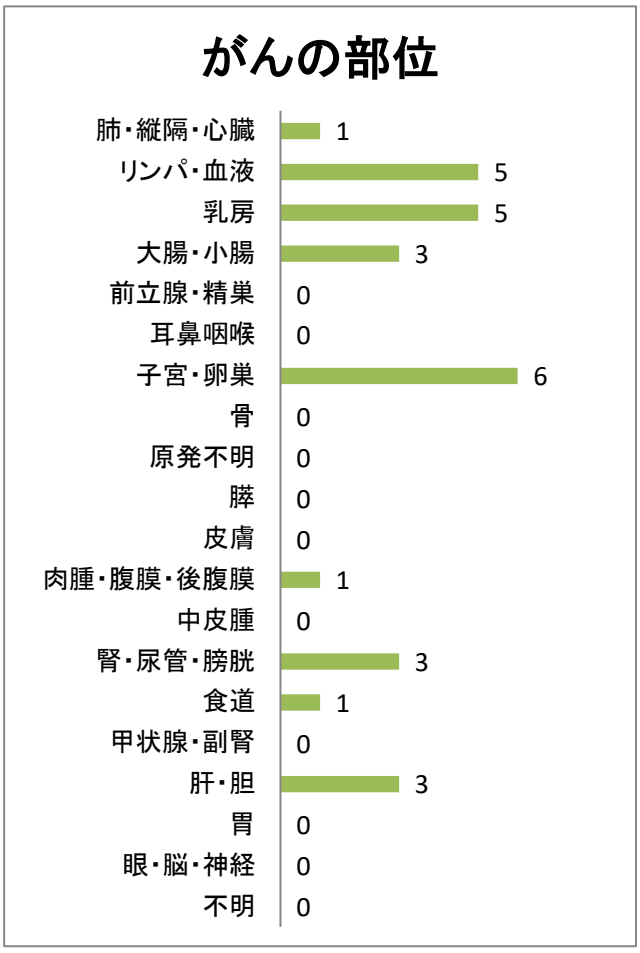



## 受診状況

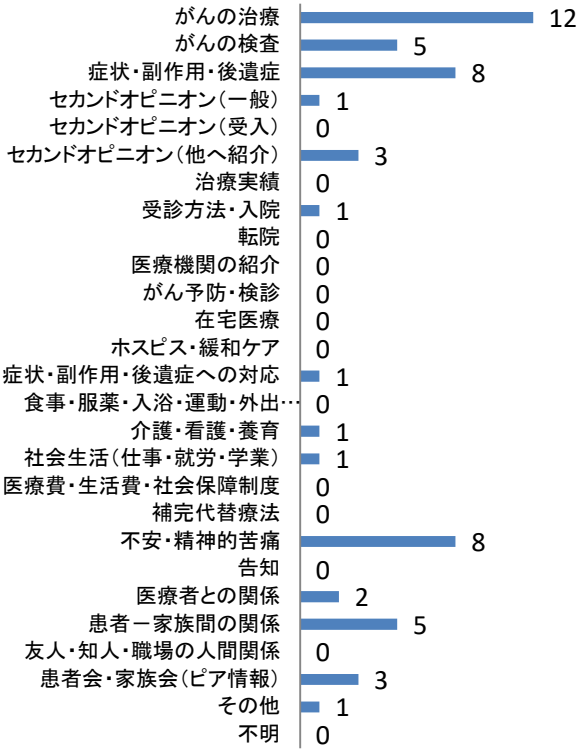



現在の治療状況
2件,11%
1件,5%
3件,16%
12件,63%
1件,5%
診断なし(精査中含)
治療前(診断後)
治療中
治療後
経過観察中
その他
不明

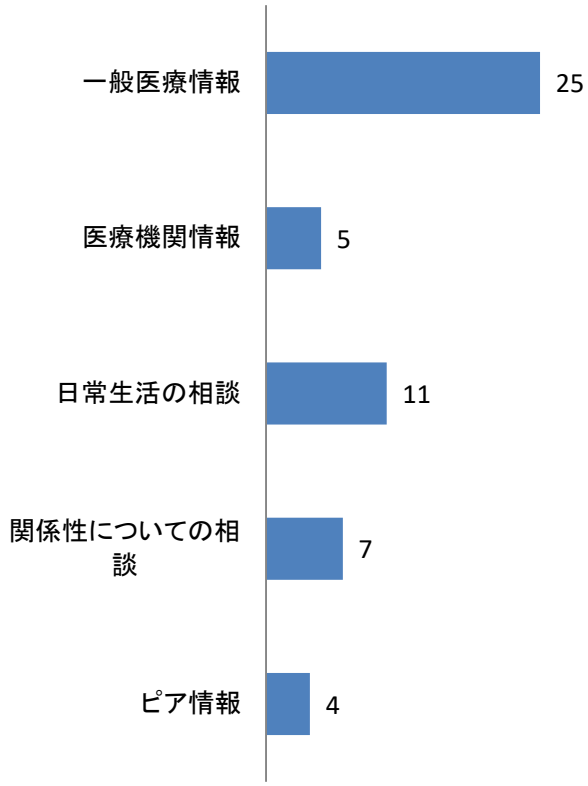

がんの状況
1件,5%
3件,16%
3件,16%
12件,63%
初発
再発・転移
その他
不明
未記入


がんの部位
肺・縦隔・心臓 1
リンパ・血液 5
乳房 5
大腸・小腸 3
前立腺・精巣 0
耳鼻咽喉 0
子宮・卵巣 6
骨 0
原発不明 0
膵 0
皮膚 0
肉腫・腹膜・後腹膜 1
中皮腫 0
腎・尿管・膀胱 3
食道 1
甲状腺・副腎 0
肝・胆 3
胃 0
眼・脳・神経 0
不明 0

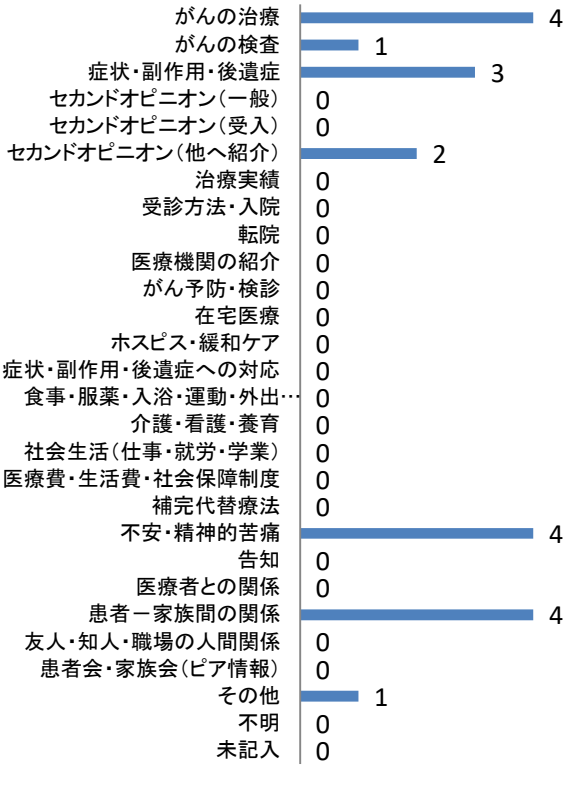
## 相談内容
## （実施したものすべて）



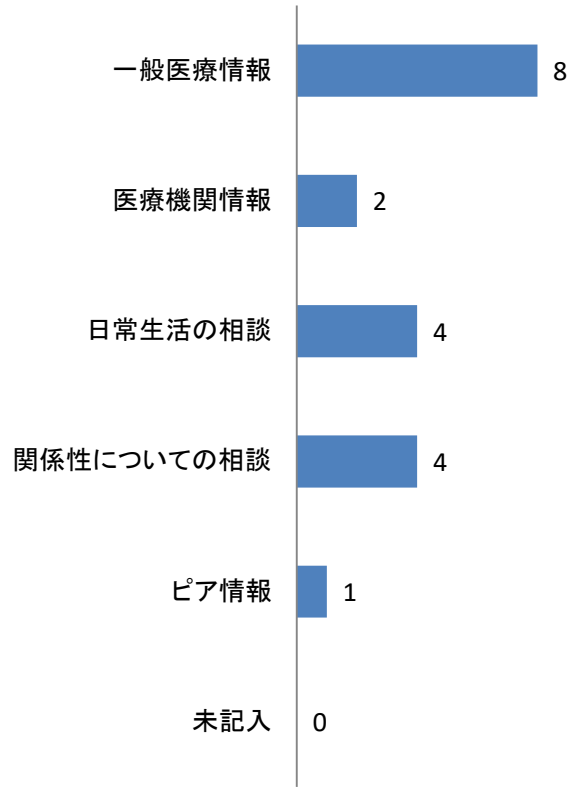

## 相談内容
## （実施したものすべて・大項目別）



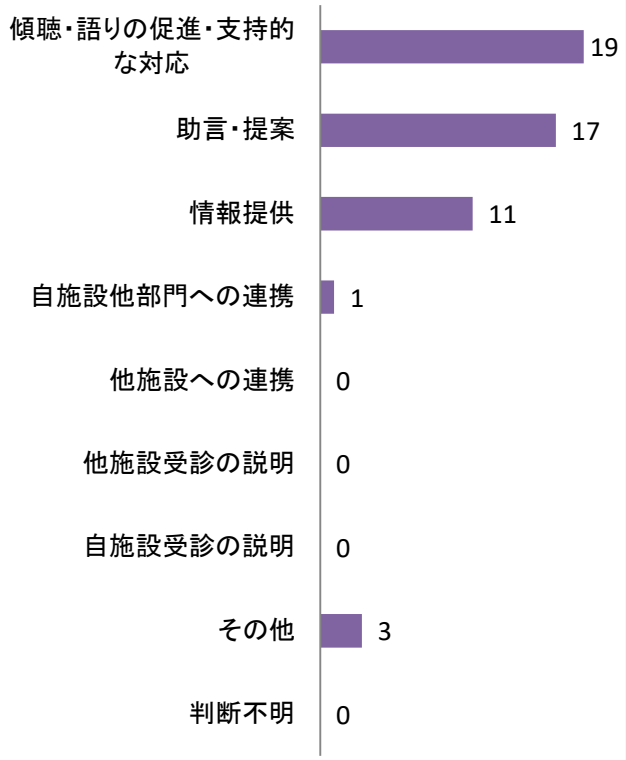

## 相談内容
## （最も比重の高いもの）



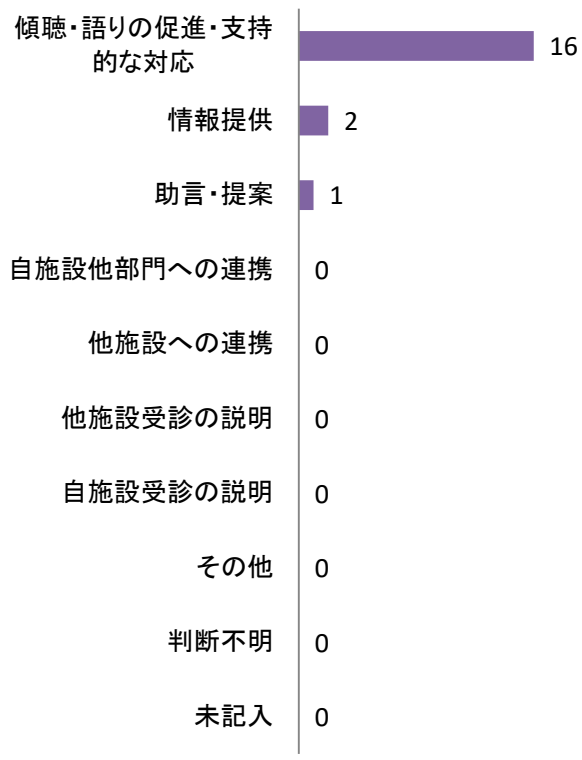

## 相談内容
## （最も比重の高いもの・大項目別）



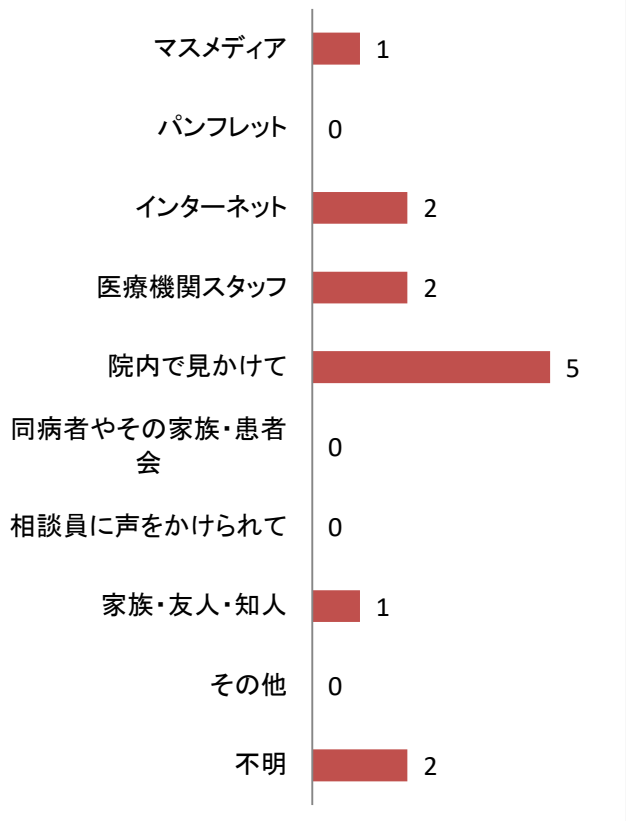
## 対応内容（実施したものすべて）




## 対応内容（最も比重の高いもの）




## 認知経路



がんピアサポーター派遣事業

# 琉球大学病院内　患者サロン参加報告書

| | |
|---|---|
| 名　称 | オンラインゆんたく会（がんピアサロン） |
| 目　的 | がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。 |
| 日　程 | 日　時　　令和３年６月30日（水）14：00～15：00<br>場　所　　琉球大学病院　大会議室 |
| 派遣者 | がんピアサポーター　１名 |
| 引率者 | 沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐　１名 |
| 主　催 | 琉球大学病院　沖縄県地域統括相談支援センター |
| 当日の様子 | ・新初の試みとして新型コロナウィルス感染症防止の為、オンラインサロンを開催。がん対策関係者（患者会：ＮＰＯ乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ）とＺＯＯＭを繋ぎ、オンライン相談をテーマに交流や情報交換を行った。<br>ぴんく・ぱんさぁでも新型コロナウィルス感染症拡大防止の為、サロンを予約制とし、感染防止対策に努めていた。しかし予約なしで訪問する方もおり、安全を期すためにもオンライン相談の必要性を感じている様子であった。<br>ツールの活用について操作方法やネット環境が整っていないなど課題は残るが、コロナ終息後もオンラインを活用する事で北部地区や離島地区など離れた患者さんとも相談が切れ目なく出来るメリットがあるとの意見が聞かれた。<br>・毎年対面で行ってきたイベントも中止となり、ピアサポート活動の情報源として、ラジオを通し普及啓発に努めていた。しかし患者の不安や悩み等を直接拾う事が出来ないもどかしさを感じているようでもあった。<br>今後もオンラインでのピアサポート活動を行っていく際に、当センターと情報共有を図り、活動力を高めていきたいとの意見も出された。<br>最後に、がん患者等関係者やがん対策関係者においても、交流または情報共有の場として、オンラインゆんたく会を提供していく事をまとめに会を終えた。<br>＊参加者（NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ：１名） |





がんピアサポーター派遣事業

# 沖縄県内各拠点病院院内患者サロン参加報告書

| | |
|---|---|
| 名　称 | ゆんたく会（がんピアサロン） |
| 参加目的 | 沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを各拠点病院の院内患者サロンへ派遣し活動の場の創出を図る。 |
| 日　程 | 日　時　　令和３年４月６日（火）14：00～16：00<br>場　所　　琉球大学病院　大学院セミナー室 |
| 派遣者 | がんピアサポーター　２名 |
| 引率者 | 沖縄県地域統括相談支援センター事務補佐　１名 |
| 主　催 | 琉球大学病院　がん相談支援センター |
| 当日の様子 | ・前半は当院管理栄養士による「がん治療中の食事と栄養」について、後半はピアサポーターと相談員の進行によるフリートークを行った。<br>参加された皆さんより治療中の食事や栄養の摂り方について質問があがった。<br>管理栄養士の助言として、主治医への相談や栄養指導が出来る事を伝えると参加者は安堵した様子が伺えた。<br>・フリートークでは始めに一人づつ自己の経験を話され、不安（友人から治療に効く高額ドリンクをすすめられた）や患者家族の話が聞かれた。<br>悩みや不安は一人で抱えず、周り（看護婦や相談員など）に声をかけてほしいことを伝えた。<br>ピアサポーターからは自己の経験の話を患者さんとする事で、治療の辛さや苦悩を受容し、寄り添うサポートなどの話が聞かれ、入院や通院形態が変わっても、相談が出来るピアサポート相談室の案内を行った。<br>今後もゆんたく会では参加者のデトックスと心の安心を得る場所として、患者や家族の情報の共有や勇気づけの場を提供していく事をまとめに会を終えた。<br>＊参加者（患者本人・ご家族９名）・看護婦３名<br>琉大相談員１名・琉大事務補佐１名 |





令和 3 年度

# 第 1 回 沖縄県地域統括相談支援センター相談員ミーティング

日 時　　令和 3 年 4 月 19 日（月）13：00～14：30（オンライン ZOOM 使用）

場 所　　ピアサポーター（各自施設）事務補佐員（琉球大学病院）

出席者　沖縄県地域統括相談支援センター相談員　　中山富美

西村克敏

上地久美子

沖縄県地域統括相談支援センター事務補佐員　仲嶺いずみ

【議 題】

1．今年度センター事業について

(1) センターでの相談支援

・ 昨年度より継続して 4 名（内 1 名ボランティア含む）にて上地相談員が第 1 火曜日（琉大ゆんたく会）を担当。
各自相談員は仕事を持ちながらの用務の為、調整しながら相談用務に就く。
新型コロナウィルス感染の動向を見ながら用務についてはセンター長の指示を仰ぐ

(2) がんピアサポーター養成講座

・ がんピアサポーターフォローアップオンライン研修会開催後、新型コロナウィルス感染状況の動向を鑑み、対面形式での開催が可能か沖縄県、センター長と相談を行い準備に取り掛かる。
・ テキストは、2019 年度版ピアサポーター養成講座を使用予定。
講師についてはセンター長や沖縄県と相談とする。

＊新型コロナウィルスの影響が出た場合

・ 講義はオンラインでの開催は可能だが、フォローアップ研修会と違い受講者は初心者となる為、細かな支持やロールプレイでの実践に疑義が残る。研修内容に考慮が必要である。

(3) ピアサポーターフォローアップ研修会

- 新型コロナウィルス感染症対策の為、オンライン併用形式開催の意見があがる。
  しかし、5 月以降に新型コロナウィルス感染防止のため緊急事態宣言発令。完全オンラインへ変更となる。(追記文とする)
  講師､野田真由美さんによるオンライン(ＺＯＯＭ)を用いたロールプレイの提案。
  テーマを確定後 6 月中にホームページ掲載と新聞掲載の依頼を行う。
- 交流会については時間短縮としているため、今年度は ZOOM 内にて質疑応答などの時間を設ける事とする。

(4) 各拠点病院院内患者サロンへの参加

- 琉大内ゆんたく会は 4 月より定例の第 1 火曜日の 14 時にて再開となり、新型コロナウィルス感染の動向を鑑み派遣を行う。
- 新型コロナウィルス感染防止の為、那覇市立病院、県立中部病院の再開は未定。

(5) 医療機関への説明会

- 候補地として離島、石垣市　八重山病院の予定。新型コロナウィルス感染の状況を確認しながら調整を行う。
- オンラインでの開催も検討する。

(6) がんピアサロン（オンラインゆんたく会)

- ピアサポーターの用務日に合わせて、患者様の不安軽減や情報共有の場として開催してはどうか。オンライン相談の注意点について沖縄県や総合アドバイザーの野田氏へ相談を行う。

(7) がんピアキャラバン・がんピアサポート展

- 候補地として北部（名護市）と離島（石垣市）を予定。新型コロナウィルス感染状況の確認をしながら調整を行う。

(8) 患者会の視察・意見交換会

- 候補地として離島、石垣市　八重山病院の予定。新型コロナウィルス感染状況の確認をしながら調整を行う。
- オンラインでの開催も検討する。

(9) 相談員研修

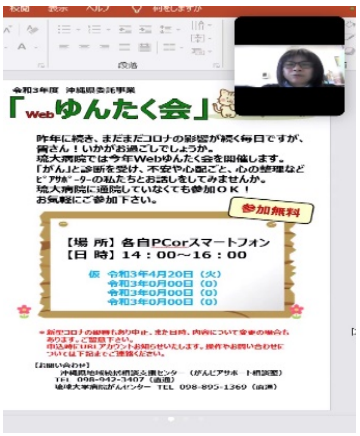
- 新型コロナウィルス感染症対策のため、オンライン開催が予測される。
  サポーターと調整し参加について検討する。

## 2　その他

- ピアサポート相談室対応の新聞広告（有料）について。
  今年度 6 回掲載（4 月・6 月は掲載済・8 月・10 月・12 月・2 月）
- ピアサポート相談室、及び事業の普及啓発活動として、ラジオでの告知（有料）。
  10 月 1 日はセンター発足 10 年目の節目のため、FM 沖縄/琉球放送/ラジオ沖縄にて 10 月から 12 月の月、水、金に事業の告知を行う。また FM21 浦添においても同様の事業告知を行う。

＊相談員ミーティングオンライン（ZOOM）での様子



令和３年度 沖縄県委託事業

# がんピアサポーター フォローアップ
# オンライン研修会

開催要項

主催　沖縄県地域統括相談支援センター

【イベントの名称】

令和 3 年度　がんピアサポーター フォローアップ研修会（オンライン）

【目的】

がんピアサポーター（がんに罹患した経験を持つ相談員）の資質向上を図るため、効果的なピアサポートの活用法を学び、今後のピアサポートの活動へ役立てられるよう、基礎知識の再確認及びコミュニケーション技術の復習を目的に新型コロナウィルス感染症予防のためオンライン開催とする。

【開催方法】（＊オンライン注意事項参照）

・オンライン（ZOOM）形式

【概要】

１．日時　　令和 3 年 7 月 31 日（土）

２．形式　　オンライン形式

３．対象　　ピアサポーター養成講座修了生もしくはピアサポート活動者及び医療関係者

４．主催　　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 3 年度 沖縄県委託事業）

５．プログラム

＜講　義＞　講義動画（受講前までに DVD を事前視聴）

厚生労働省委託事業　がん総合相談に携わる者に対する研修事業

一般社団法人日本サイコオンコロジー学会　委員長　小川朝生先生

「ピアサポーター養成テキスト 2019 年度版」のテキストを用いた動画

＜研修会＞　13：00～15：30

・「より良いサポートのためにロールプレイによる実践的トレーニング」

・オンラインピアサポートのポイント

NPO 法人がん患者会支えあう会「αアルファ」

副理事長　野田　真由美様

【講師・スタッフ】

| 名前 | 所属 | 担当 |
|---|---|---|
| 小川　朝生 | ・国立研究開発法人国立がん研究センター<br>東病院　精神腫瘍科<br>・先端医療開発センター<br>精神腫瘍学開発, 分野長<br>・厚生労働省委託事業　がん総合相談に携わる者に対する研修事業, 委員長 | 講義動画提供<br>講義動画確認テスト |
| 野田真由美 | NPO 法人支えあう会「αアルファ」副理事長 | 研修会講師<br>アドバイザー |
| 仲田ひろ子 | 沖縄県地域統括相談支援センター相談員 | アドバイザー |
| 中山富美 | 沖縄県地域統括相談支援センター相談員 | アドバイザー |
| 西村克敏 | 沖縄県地域統括相談支援センター相談員 | アドバイザー |
| 上地久美子 | 沖縄県地域統括相談支援センター相談員 | アドバイザー |
| 増田昌人 | 沖縄県地域統括相談支援センター<br>センター長 | 責任者 |
| 仲嶺　いずみ | 沖縄県地域統括相談支援センター<br>事務補佐員 | 補佐員 |

【タイムスケジュール】

| 開始 | 終了 | 時間 | 内　　容 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|
| 11:30 | 12:15 | 45 分 | 事務局は琉大へ集合・打合・オンライン（ZOOM）準備 | ＊講義内容確認 |
| 12:15 | 12:45 | 30 分 | オンライン（ZOOM）<br>受付開始 | 受講者名簿確認・ZOOM 状況確認 |
| 12:45 | 12:55 | 10 分 | 開会のあいさつ | 沖縄県地域統括相談支援センター長<br>増田　昌人 |
| 13:00 | 13:20 | 20 分 | ロールプレイ(ZOOM) | NPO 法人がん患者会支えあう会「α」<br>副理事長　野田　真由美　先生 |
| 13:25 | 13:45 | 20 分 | 第 1 セッション | ブレイクアウトルーム（グループ）分けは事務局の方で行います。 |
| 13:50 | 14:10 | 20 分 | 第 2 セッション | |
| 14:10 | 14:20 | 10 分 | ブレイクタイム | |
| 14:20 | 14:40 | 20 分 | 第 3 セッション | |
| 14:45 | 15:30 | 45 分 | 全体の振り返り<br>ロールプレイの講評<br>オンライン相談の注意点 | 野田　真由美　先生 |
| 15:45 | 16:00 | 15 分 | 受講修了証（後日郵送）<br>閉会のあいさつ | 増田　昌人 |
| 16:00 | | | 閉会 | |

資料１８-(１)

# 第１６回厚生科学審議会がん登録部会
# 議事次第

日時：令和３年７月７日（水）１３：００～

方法：オンライン開催

## 議　事　次　第

１　開　　会

２　議　　題

（１）現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討【公開】

（２）院内がん登録　全国集計データの活用の検討【公開】

（３）新規申出の全国がん登録情報の提供について【非公開】

（４）「匿名化」がなされているか判断を求められた申出について【非公開】

【資　料】

資料１　現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討【公開】
（東参考人提出資料）

資料２　院内がん登録　全国集計データの活用の検討【公開】
（東参考人提出資料）

資料３　全国がん登録情報の提供に関する申出一覧と申出概要【非公開】

資料４－１　申出文書一式（申出番号 X2021-0001）【非公開】

資料４－２　申出文書一式（申出番号 X2021-0002）【非公開】

資料４－３　申出文書一式（申出番号 X2021-0003）【非公開】

資料４－４　申出文書一式（申出番号 X2021-0004）【非公開】

資料５　申出者に対する質問事項と回答書【非公開】

資料６　「匿名化」の判断を求められた申出概要と申出理由書【非公開】

参考資料１　厚生科学審議会がん登録部会委員名簿【公開】
参考資料２　全国がん登録　情報の提供マニュアル　第２版【公開】
参考資料３　申出文書の形式点検書（申出番号 X2021-0001～0004）【非公開】
参考資料４　諮問書・付議書【公開】
参考資料５　審査委員会　審査報告書のまとめ【非公開】
参考資料６　全国がん登録における「匿名化」の考え方と情報提供に係る審査の流れ【公開】

| 第16回厚生科学審議会<br>がん登録部会 | 資料１ |
| --- | --- |
| 令和3年7月7日 | |

# 現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討

「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けての課題に関する研究」

研究代表者　　東　尚弘

国立がん研究センター

がん対策情報センターがん登録センター

# 2020年度 厚生労働行政推進調査事業費
# 「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けての課題に関する研究」

## 研究目的

がん登録推進法の改正が必要となる課題を抽出し、検討に必要な情報を整理することにより、法改正への論点集約が円滑に進み、具体的な審議に役立てること。

## 研究方法及び研究結果

1）現状で判明している課題の整理

2）関係者からの意見聴取

-広く意見募集を実施

3）課題に対する整理と検討

-法改正の方向性、対応案について検討

-課題整理報告書の作成 221

# 課題整理報告書の概要

- 研究班で、現行の全国がん登録及び院内がん登録について課題と検討の方向性について整理、「課題整理報告書」を作成
- 特に検討が必要と思われる項目を８分野に整理
- 全国がん登録及び院内がん登録の運用・体制等で解決すべき課題も記述
- 関係者からの意見募集も参考
- 各項目に「具体的な対応案」を記載。

# 全国がん登録の届出項目/ルールについて

## 現状の課題

- 複数の届出の照合・集約作業には相当な労力と時間を要する。
- 今の限られた項目では疾患の実態把握、治療への展開に不十分。

## 研究班からの提案

- 作業の効率化・精度向上のため、一意性のある番号の利用、他の付加情報の活用するなど、届出項目の見直しを図る。
- 疾患や治療の実態把握に資する項目を拡充する可能性や他の情報との可能な連携方法の確立を図る。

# 届出手順/登録精度について

## 現状の課題

- 登録対象の拾い上げや届出漏れの把握に、レセプトデータ等の届出以外のがん関連情報を活用できないため、届出・登録精度の検証・向上に限界がある。
- 全国がん登録と院内がん登録のデータを別々に収集しているため、多くの医療機関で重複した届出作業が必要。

## 研究班からの提案

- 法的根拠を整え、市町村等のがん登録のデータ収集に必要なデータを収集・参照可能な体制を検討・整備し、より効率的、効果的ながん登録データインフラを構築する。
- 全国がん登録と院内がん登録で登録対象の完全共通化を行い、一括届出する仕組みを構築する。

# 住所異動確認調査について

## 現状の課題

- 都道府県が市町村等に住民票の写し等の提出を求める際、公用請求を拒まれる、疑義照会が多いなど、円滑な協力が得られていない。

## 研究班からの提案

- 住所異動確認調査に係る国立がん研究センター及び都道府県がん登録室の位置づけを明記するなど、各市町村で一律に公用業務として取り扱えるような体制を整備する。
- 住民基本台帳法上も、国立がん研究センターや都道府県等が行うがん登録業務は「国／都道府県が自ら実施する業務」として位置づけ、住基ネットを活用できるような体制を構築する。

# データの利活用について

## 現状の課題

- 全国がん登録情報の利用範囲や利用者の範囲が明確でない。
- 匿名化された全国がん登録情報は他のデータベースと連結できないため、がんに関する調査研究の推進が限定されている。
- 個票データの国外持ち出しに関する安全性の検討と範囲の規定がないため、国際共同研究への参加が限定されている。
- 申出から審査、情報提供までに時間と労力がかかる。

## 研究班からの提案

- 他のデータ利用に関する法律等との整合性を図り、情報の利活用等について規定する。また、全国がん登録情報と他のデータベースとの連携・活用が可能となる仕組みについて検討する。
- 定型的な報告書の作成など、審議等を経ずに提供できる業務の規定、簡易な審査で対応可能な事項の整理及び審査体制の見直し、申出から承認までの時間短縮を図る。

# 院内がん登録について

## 現状の課題

- 法的位置づけや利用範囲が不明確なため、法施行後、院内がん登録の全国集計データを活用した解析に支障をきたしている。
- 法施行前の症例における予後調査において、市町村等の対応にばらつきがある。

## 研究班からの提案

- 院内がん登録の全国集計データの活用規則・提供基準などを整備する。
- 法施行前の症例の予後調査においても、市町村等から協力が得られるよう、がん登録推進法や院内がん登録の指針における院内がん登録の位置づけや利用範囲について明確に規定する。

# がん登録推進法第20条で提供された都道府県がん情報の取扱いについて

## 現状の課題

- 診療録や他のデータベースに転記できないため、情報の管理、共同研究への活用が困難。
- 生体認証、二重扉などの全国がん登録情報と同じ管理が必要との疑義があった。

## 研究班からの提案

- 法第30条から第34条までの規定とは別に規定するなど、適切な管理体制を整備する。
- 死亡情報については上記の厳格な管理とは別途管理規程を定め、別に扱い、比較的柔軟な扱いを可能とする。
- 「全国がん登録 情報の提供マニュアル 第２版」の改訂を行い、安全管理体制の記載を院内がん登録運用マニュアルと統一する。

# 安全管理措置について

## 現状の課題

- 安全管理措置の基準の厳しさから、自治体、医療機関、研究機関等での全国がん登録情報等の利用に困難が生じている。
- 全国がん登録情報等の提供におけるリモートアクセスに関する規定がない。

## 研究班からの提案

- 匿名性の強度や提供データの安全性を評価するとともに、情報の特性やリスクに合わせた安全管理措置のあり方や基準を見直し、全国がん登録情報等の利活用促進を図る。
- オンサイト解析を可能とする体制整備について検討する。
- 安全管理を徹底した上でのリモートアクセス環境を整備する。

# 今後の展望について

全般の：

現行法下においては明確な規定の無い事項について運用上の課題が生じた

- 院内がん登録全国集計の活用
- 委託先（国がん、都道府県）の業務が公用とされない
- 20条提供時の安全管理措置　等

今後は：

令和3年度研究班では、抽出された全国がん登録・院内がん登録の課題について、可能な限り想定を尽くし、法改正による対応の検討、改正案の方向性の提案など、課題解決に向けた研究・整理を行う予定

# 以下、資料

# 意見募集の概要

現行の「がん登録等の推進に関する法律」の見直しに当たり、同法に関する課題について、広く関係者からの意見を募集した。

意見募集期間：令和2（2020）年11月27日～12月25日

周知：関連学会、患者会から関係者へ連絡

日本癌治療学会、日本疫学会、日本癌学会、日本臨床腫瘍学会、
日本がん登録協議会（JACR）、全国がん患者団体連合会（全がん連）

寄せられた意見：43件（内容のまとまりで整理して85項目）

所属：学術団体、患者団体、都道府県がん登録室、医療機関、研究機関、企業、個人

# 法的位置づけについて

## 住所異動確認調査

- 市区町村により対応が異なる（公用業務と認められない場合がある）
  - 国がんは住基法上「国」と認められていないことによる
  - 委任先の都道府県がん登録室は都道府県とみなされないことがある

## 遡り調査

- 届出が義務化されていない診療所からデータを収集する必要がある場合があり、別な仕組みの構築が必要
- 書留郵送（紙媒体）での報告により、作業が煩雑となっている

## 実務者

- 院内がん登録と違い全国がん登録では専従の登録実務者の配置が難しい
- 都道府県の実務者が高いレベルで継続して業務を行えるよう法令へ明記すべき
- がん登録実務者認定を公的資格として認めてほしい

# 法的位置づけについて

## 院内がん登録について

- 都道府県等が院内がん登録の集計解析を行い、住民に自県のがん診療の情報提供等を行う体制ができるよう法的に明確に規定する必要がある
- 初回治療だけではなく、自施設での初回診療時に行った治療を登録し、長期化・複雑化している現在のがん治療に対応できるようにすべき

## 予後情報の利用及び法第20条提供について

- がん研究の推進、安全管理の観点から、全国がん登録から得られた死亡情報は別管理とせず、診療録へ転記可能とするよう法改正すべき
- 予後情報は第30-34条に基づき管理されるため、別管理が必要
- 診療録へ転記できないため、重複して予後調査が必要
- 法第20条で還元された予後情報が、他のデータベースや臓器がん登録、臨床研究等に活用できない

# データに関すること

## データの利活用について

- 他のデータベースとの連携・活用が可能となるような法改正が必要
- 国際共同研究への参加が可能となる仕組みとするのが必要
- 届出漏れ把握やケースファインディングにレセプトデータを活用すべき
- 申出から承認までの時間を短縮し、早急に情報利用を可能としてほしい

## 登録精度

- 登録精度向上のために、番号の利用、人材育成、国の財政支援、全国及び院内がん登録の収集項目の共通化が必要

## データの公表

- 都道府県でも国と同じタイミングで確定データが利用できれば、都道府県での公表の即時性をさらに高められる可能性がある

# がん登録の制度

## 届出、登録ルール

- 届出に係る罰則の強化が必要
- 今の限られた登録項目では疾患の実態把握、治療への展開に十分でない
- 疾病分類への速やかな移行と、国際的な他の分類体系と連携すること

## 全国がん登録と院内がん登録の統合について

- 全国及び院内がん登録の届出が一括届出できる仕組みとすべき

## データの保有・保有期間

- 疫学的観察研究については15年以上の利用期間を認めてほしい

## 番号の利用

- 突合及び照合の効率化や精度向上のため、一意性のある番号（マイナンバーや被保険者番号、医療等ID）を利用できる仕組みの導入が必要

## 手数料

- 手数料を徴収しても委託先には還元されない

# 安全管理措置

## 安全管理措置

- 技術的安全管理措置の強化により物理的安全管理措置の緩和を図る方向性での検討が必要
- がん登録情報を保存するサーバへの利用者のアクセス権限の厳重な管理によりオンサイト解析を可能としてほしい
- 自治体、研究機関、企業利用における物理的安全管理措置の緩和
- 顕名データとして提供された全国がん登録情報は、匿名化して共同機関が使用する際にも、顕名データの安全管理措置が求められる。リスクに応じたセキュリティ水準を設定するべきではないか

# 要望

- 初発からコホートの形で追うことのできる登録データにできないか
- 都道府県ごと年齢階級ごとのStage分類も利用できるようにしてほしい
- がん登録のシステムを整備するために、適正な予算を投入してほしい

| 第16回厚生科学審議会<br>がん登録部会 | 資料２ |
| --- | --- |
| 令和3年7月7日 | |

# 院内がん登録
# 全国集計データの活用法の検討

国立がん研究センター
がん対策情報センターがん登録センター
東　尚弘

# 「院内がん登録」とは

「院内がん登録」とは、がん医療の提供を行う病院において、そのがん医療の状況を適確に把握するため、当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な情報を記録し、及び保存することをいう。（法2条4項）

# 院内がん登録利用の経緯

- 法制化前（2015年症例以前）
  - がん診療連携拠点病院指定要件に基づき収集
  - 病院の合意のもとに全国集計データを活用
    - 全国集計データ活用規約を収集時に承認
    - 解析時、個別の研究倫理審査等に基づき提供・活用

- 法施行後（2016年症例）
  - 指定要件＋法的な努力義務としての位置づけ
  - 「院内がん登録の実施にかかる指針」上の活用は続行
  - その他の活用は「要検討」として停止

# 法、条文

がん登録推進法には院内がん登録利活用の手続きに関する記載が限定的　**→今回、手続きを整理・策定をめざす**

参考）

- 法1条（目的）

（前略）全国がん登録の実施並びにこれに係る情報の利用及び提供、保護等について定めるとともに、**院内がん登録等の推進に関する事項を定め、**あわせて、がん登録等により得られた情報の活用について定めることにより、**がんの罹患、診療、転帰等の状況の把握及び分析その他のがんに係る調査研究を推進**し、もってがん対策の一層の充実に資することを目的とする。

- 法3条（基本理念）

**2　院内がん登録については**、これが病院におけるがん医療の分析及び評価等を通じてその質の向上に資するものであることに鑑み、全国がん登録を通じて必要な情報が確実に得られるよう十分な配慮がなされるとともに、**その普及及び充実が図られなければならない。**

**3**　がん対策の充実のためには、全国がん登録の実施のほか、がんの診療の状況を適確に把握することが必要であることに鑑み、**院内がん登録により得られる情報その他のがんの診療に関する詳細な情報の収集が図られなければならない。**

- 院内がん登録の実施にかかる指針

# 院内がん登録の実施にかかる指針

（前略）

本指針は、院内がん登録により得られた情報が、今後、**その活用により、がん医療の状況の適確な把握、がん医療の均てん化、がんに係る調査研究の一層の推進及びがん対策の充実等に資する**ことに鑑み、病院で実施される院内がん登録の在り方の方向性を示すものである。

第一　院内がん登録の意義

（中略）院内がん登録データベースにおける情報(以下「院内がん情報」という。)の活用により、次に掲げる効果が期待される。

（中略）

二　国立研究開発法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)において、**院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行う**ことにより、専門的ながん医療を提供する医療機関の実態把握に資すること。

（以下略）

# 原則：以下の利用・提供を想定（案）

## 1. 院内がん登録実施にかかる指針に記載された「期待される効果」に沿った利用（現在も実施）

a. 病院における活用による医療の質の向上
b. 統計等の算出による医療機関の実態把握
c. 患者/家族の医療機関の選択に資する
d. 上記に基づく行政でのがん対策の充実

## ２．がん登録推進法／指針の目的と理念および個人情報保護法と整合した提供(新)

・院内がん登録により得られた情報が、今後、その活用により、がん医療の状況の適確な把握、がん医療の均てん化、がんに係る調査研究の一層の推進及びがん対策の充実等に資する
・個人情報保護法では、個人情報の学術研究への提供、および匿名加工情報の提供は可能（改正個人情報保護法では、学術研究であっても安全管理措置等の適用あり）

# 活用の分類（案）

- 定型業務
  - 前スライド上、明白に院内がん登録の目的に該当
    - 厚労省の委託・補助事業、他省庁からの事業
    - 都道府県への院内がん登録提供

- 定型業務以外
  - 利用申請→データ利用審査委員会の承認を経て利用
    - 施設同定（事前承諾を想定）
    - 個票利用
    - 集計利用

# 検討の方向性（案）

・全国がん登録の提供手続きに準ずる
・提供体制のあるべき姿を追求する

要検討事項：

１．個人情報保護法との関係
２．データ活用に関する整理

# 要検討事項１．個人情報保護法との関係

- 個人情報保護法の規定

  １．個人情報の利用目的外の利用、又は提供の禁止

  ⇔

  ・院内がん登録本来目的：院内がん登録実施指針

  「がん医療の状況の適確な把握、がん医療の均てん化、がんに係る調査研究の一層の推進及びがん対策の充実等」

  ・学術研究目的における例外

  ２．匿名化情報（匿名加工レベルを確保）の提供

  ＝加工法の案を次スライドに例示

# 個票提供における秘匿化加工方法(案)

原則（特に必要な場合代替的な方法による加工も検討）

- 治療日等の日付データは年まで
  - 原則、診断日（起算日）を０として何日後かを再計算して提供
- 施設名は提供不可
  - 類型が必要な場合は別途、申請者が作成
- 部位、組織型等におけるテキスト情報は削除
- 地理情報は都道府県までの提供
  - 詳細が必要な場合は申請者が代替情報を作成

# 要検討事項２．データ活用に関する整理

主として非定型利用における

- データ利用審査の方法
  - 委員会構成（科学性検討、プライバシー検討）
  - 頻度・方法（随時審査、段階審査）
- データ利用者の類型
  - 個票利用者、集計閲覧者、委託先
- 公表確認
  - 少数例の秘匿の確保、有用性とのバランス検討
- その他
  - データ処理の事務手数料など

がん登録部会委員名簿

| | 区　分 | 名前 | 所　　属 | 任　期 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 委員 | 辻　一郎 | 東北大学大学院医学系研究科教授 | 令和2年7月1日～令和4年6月30日 |
| 2 | 委員 | 本田　麻由美 | 読売新聞東京本社編集局医療部次長 | 令和3年2月1日～令和5年1月31日 |
| 3 | 委員 | 白井　千香 | 枚方市保健所長 | 令和2年4月1日～令和4年3月31日 |
| 4 | 臨時委員 | 天野　慎介 | 一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 5 | 臨時委員 | 大木　いずみ | 埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 6 | 臨時委員 | 小俣　智子 | 武蔵野大学人間科学部社会福祉学科教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 7 | 臨時委員 | 黒田　知宏 | 京都大学医学部附属病院医療情報企画部教授 | 令和1年7月26日～令和3年7月25日 |
| 8 | 臨時委員 | 坂元　昇 | 川崎市健康福祉局医務監 | 令和2年1月18日～令和4年1月17日 |
| 9 | 臨時委員 | 山本　秀樹 | 公益社団法人日本歯科医師会常務理事 | 令和3年5月19日～令和5年5月18日 |
| 10 | 臨時委員 | 祖父江　友孝 | 大阪大学大学院医学系研究科教授 | 令和2年7月24日～令和4年7月23日 |
| 11 | 臨時委員 | 友岡　史仁 | 日本大学法学部教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 12 | 臨時委員 | 中西　洋一 | 地方独立行政法人北九州市立病院機構理事長 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 13 | 臨時委員 | 名越　澄子 | 埼玉医科大学総合医療センター教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 14 | 臨時委員 | 羽鳥　裕 | 公益社団法人日本医師会常任理事 | 令和1年7月26日～令和3年7月25日 |
| 15 | 臨時委員 | 松本　陽子 | NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 16 | 臨時委員 | 丸山　英二 | 神戸大学名誉教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 17 | 臨時委員 | 山本　隆一 | 一般財団法人医療情報システム開発センター理事長<br>／自治医科大学客員教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 18 | 専門委員 | 有賀　悦子 | 帝京大学医学部緩和医療学講座教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 19 | 専門委員 | 家原　知子 | 京都府立医科大学准教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 20 | 専門委員 | 渡邊　清高 | 帝京大学医学部内科学講座　腫瘍内科 病院教授 | 令和1年7月16日～令和3年7月15日 |
| 21 | 専門委員 | 亀井　美和子 | 公益社団法人日本薬剤師会常務理事 | 令和2年9月13日～令和4年9月12日 |
| 22 | 専門委員 | 荒木　暁子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 | 令和1年7月26日～令和3年7月25日 |
| 23 | 専門委員 | 中村　康彦 | 公益社団法人全日本病院協会　副会長 | 令和3年6月20日～令和5年6月19日 |

資料１８-(２)

# 第1回がんの緩和ケアに係る部会

日　時：令和3年7月2日（金） 13:30-15:30
場　所：（WEB 開催）

## 議　事　次　第

１ 開　　会

２ 議　　題

（1）がんとの共生における緩和ケアについて

（2）診断時からの緩和ケアの推進について

（3）その他

【資　　料】

議事次第
資料1　　がんの緩和ケアに係る部会開催要綱
資料2　　がんとの共生における緩和ケアに関する施策と主な議論
資料3－1　「診断時からの緩和ケア」について
資料3－2　　小川構成員提出資料

参考資料1　儀賀参考人提出資料
参考資料2　患者体験調査・小児患者体験調査の結果概要
参考資料3　遺族調査の結果概要

| 第１回がんの緩和ケアに係る部会 | 資料１ |
| --- | --- |
| 令和３年７月２日 | |

# 「がんの緩和ケアに係る部会」開催要綱

１．趣旨

「がん対策推進基本計画」において、「がんとの共生」が柱のひとつに掲げられており、尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指している。その中でも、緩和ケアの充実等は、がんと診断されたときからの緩和ケアの普及と充実、また提供される緩和ケアの実施体制と質の向上などが課題とされ、それらについて検討する必要があることから、「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに、「がんの緩和ケアに係る部会」（以下、「本部会」とする。）を開催し、必要な検討を行う。

２．検討事項

（１） がんと診断されたときからの緩和ケアの普及と充実について
（２） がんの緩和ケアの実施体制、質の向上について
（３） その他がんの緩和ケアに関すること

３．その他

（１） 本部会は厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
（２） 本部会には、局長の指名により座長をおき、部会を統括する。
（３） 本部会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
（４） 本部会は、原則として公開とする。ただし、公開することにより、個人又は団体の権利利益が不当に侵害されるおそれがある場合、自由闊達な意見交換に支障があると判断される場合など、公開することが適切でないと座長が認めた場合は、会議を非公開とすることができる。会議を非公開にする場合でも、開催予定とともに非公開である旨及びその理由を公開する。
（５） 会議資料及び議事録については、後日ホームページにおいて公開する。ただし、議事内容により非公開にする必要があると座長が認めた場合には、非公開である旨及びその理由を明示するとともに、座長が認める範囲において議事要旨を公開する。
（６） 本部会の庶務は、健康局がん・疾病対策課が行う。
（７） この要綱に定めるもののほか、本部会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。
（８） 本部会で得られた成果は、「がんとの共生のあり方に関する検討会」に報告するものとする。

別紙

「がん緩和ケアに係る部会」構成員

伊東　俊雅　　東京女子医科大学東医療センター　薬剤部
がん包括診療部緩和ケア室　薬剤部長

江口　英利　　大阪大学大学院医学系研究科　消化器外科学　教授
日本癌治療学会　代議員

小川　朝生　　国立がん研究センター　先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野　分野長

木澤　義之　　神戸大学医学部附属病院　緩和支持治療科　特命教授
日本緩和医療学会 理事長

岸田　徹　　NPO 法人がんノート 代表理事

高野　利実　　がん研究会有明病院　乳腺内科　部長
日本臨床腫瘍学会　評議員

谷口　栄作　　島根県　健康福祉部　医療統括監

中川　恵一　　東京大学大学院医学系研究科　特任教授

橋口　さおり　聖マリアンナ医科大学緩和医療学　教授
日本麻酔科学会　緩和領域検討部会　部会長

羽鳥　裕　　公益社団法人日本医師会 常任理事

林　　和彦　　聖マリアンナ医科大学　客員教授

前川　育　　元 NPO 周南いのちを考える会　代表

前田　英武　　高知大学医学部附属病院　地域医療連携室 副室長／
がん相談支援センター 副センター長

森住　美幸　　埼玉県立がんセンター 緩和ケアセンター ジェネラルマネージャー

（五十音順・敬称略）

| 第1回がんの緩和ケアに係る部会 | 資料２ |
| --- | --- |
| 令和３年７月２日 | |

# がんとの共生における緩和ケアに関する施策と主な議論

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

# 第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

## 第1　全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

## 第2　分野別施策

### 1. がん予防

（1）がんの1次予防
（2）がんの早期発見、がん検診
　　（2次予防）

### 2. がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

### 3. がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

### 4. これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

## 第3　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化
2. 都道府県による計画の策定
3. がん患者を含めた国民の努力
4. 患者団体等との協力
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握
7. 基本計画の見直し

# 3. がんとの共生

## 緩和ケア

### 現状・課題

◆ 患者の苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分提供されていない。
◆ 緩和ケア研修会の受講勧奨、受講の利便性の改善、内容の充実が求められている。

| 全国のがん患者の患者体験調査 | （n=5234） |
|---|---|
| からだのつらさがあると答えた患者の割合 | 34.5% |
| 気持ちのつらさがあると答えた患者の割合 | 28.3% |



出典：平成27年患者体験調査

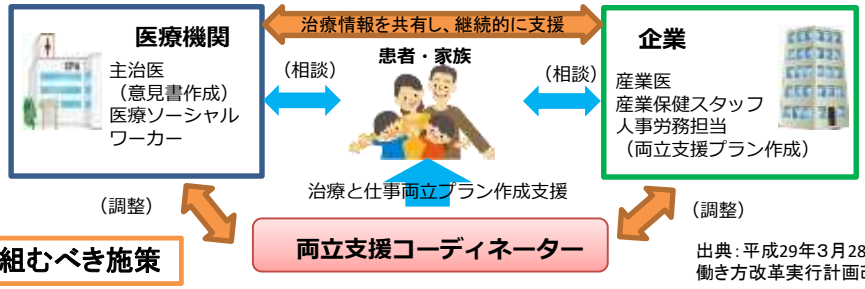
### 取り組むべき施策

◆ 苦痛のスクリーニングの診断時からの実施、緩和ケアの提供体制の充実
◆ 緩和ケア研修会の内容や実施方法の充実

## がん患者の就労支援・社会課題への対策

### 現状・課題

◆ 離職防止や再就職等の就労支援に、充実した支援が求められている。
◆ アピアランスや生殖機能温存等の相談支援、情報提供する体制が構築されていない。




出典：平成29年３月28日
働き方改革実行計画改変

### 取り組むべき施策

◆ がん患者への「トライアングル型サポート体制」の構築
◆ アピアランス支援研修会の開催、生殖機能温存等に関する相談支援、情報提供のあり方の検討

## 相談支援・情報提供

### 現状・課題

◆ がん相談支援センターが十分に利用されていない。
◆ がんに関する情報が氾濫し、正しい情報取得が困難な場合がある。

### 取り組むべき施策

◆ 治療早期からのがん相談支援センターの利用促進、体制整備
◆ 科学的根拠に基づく情報提供、医業等のウェブサイト監視体制強化

## 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

### 現状・課題

◆ 拠点病院等と地域の医療機関等との連携、在宅医療を提供する施設におけるがん医療の質の向上を図る必要がある。

### 取り組むべき施策

◆ 多職種連携の推進、地域の施設間の調整役を担う者の養成

## ライフステージに応じたがん対策

### 現状・課題

◆ 小児・AYA世代において、多様なニーズが存在し、成人のがんとは異なる対策が必要とされている。
◆ 高齢者は、認知症を合併することが多いが、がん医療における意思決定等の基準は定められていない。

### 取り組むべき施策

◆ 小児・AYA世代のがん経験者の長期フォローアップ体制の整備
◆ 認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定支援策の検討

# 緩和ケアの質の向上に向けたサイクル

緩和ケアの質の向上のために、各機関で調査や研究を行い、研修内容や整備指針等に反映させることによって成果物を還元する仕組みを取っている。

| | 国・厚生労働省 | 国立がん研究センター | 医療機関等（拠点病院等） | 学術団体等 |
|---|---|---|---|---|
| 調査や研究等 | ・患者体験調査＊<br>・遺族調査＊<br>・実地調査　等<br>・緩和ケアに関する研究（厚生労働科学研究 AMED）<br>＊：国立がん研究センターに委託 | ・患者体験調査<br>・QI（Quality Indicator）<br>・遺族調査　等 | ・療養生活の質に関する把握・評価（QI、第三者評価、拠点病院間の実地調査等の活用）　等 | ・患者・家族の調査研究<br>・専門的な緩和ケアに必要な能力の確立<br>・教育効果の検証<br>・臨床データの把握　等 |
| 質の向上に向けた取組 | ・緩和ケアチーム実地研修<br>・指定要件の改正<br>・緩和ケア研修会指針改正<br>・国立がん研究センターや学会等との連携　等<br>・緩和ケアに関する研究（厚生労働科学研究、AMED） | ・都道府県がん診療連携拠点病院緩和ケアセンター指導者研修<br>・都道府県指導者養成研修（緩和ケアチーム研修企画）<br>・PDCAサイクル体制強化事業（ピアレビュー支援等）　等 | ・緩和ケア研修の実施<br>・緩和ケアチーム・外来の実践<br>・PDCAサイクルを用いた緩和ケアの改善策　等 | ・ガイドライン等の整備・普及<br>・専門的な緩和ケアに関する研修会等<br>・専門医等の育成・普及　等 |

互いの成果を還元
（緩和ケアに関する指標等を参考）

・その他（医学部教育・臨床研修教育）等

患者・家族の苦痛の軽減

# 第1-3回がんとの共生のあり方に関する検討会における主な議論の整理

○ 緩和ケアの質の向上策

1. がん診療連携拠点病院等に関する緩和ケアの実地調査について

拠点病院において質の高い緩和ケアを提供するために、拠点病院は実地調査を活用するべきである。**実地調査に当たっては、パイロット調査等で調査の負担を評価し、自治体の実情に合わせた調査が可能となるように取り組むべき**である。

2. 緩和ケア外来のあり方について

「緩和ケア」という言葉に対し、患者側、社会側において心理的なハードルが大きいため、主治医だけでなく、外来看護師やその他の部門と連携してアクセスできるような取り組みが必要である。緩和ケア外来については、**がん治療と早期から連携して緩和ケアを提供できる緩和ケア医の育成、多職種での支援、在宅医療を行う医師に対する緩和ケアの研修、専門的な緩和ケアを提供する機関同士の連携等を進め、地域の実情に応じた取り組みがなされるべき**である。

○ 緩和ケアの提供体制

1. 緩和ケア研修会について

基本的な緩和ケアの知識を身に着けるための、緩和ケア研修会は、e-learningを導入することで、受講修了者は増加し10万人を超えている。一方で、**その後の情報や技能を維持・向上するための継続研修が不十分**であり、国や都道府県がその仕組みを構築する必要がある。

2. 拠点病院と地域連携について

緩和ケアセンターは、がん診療連携拠点病院（高度型）に設置され、地域の緩和ケアにおいて、専門的な緩和ケアのネットワーク全体を統括する役割を担っている。また、地域包括ケアのネットワークにおいて、緩和ケアにはがんの専門的な対応を必要とするため、地域内の関係者の連携体制を構築し、がん治療病院と在宅側とのネットワークの構築を促していく役割を担うことを目的として、地域緩和ケア連携調整員を育成している。

3. 苦痛のスクリーニングについて

苦痛を抱えた患者を見つけるために、2010年より拠点病院の指定要件として、苦痛のスクリーニングが追加されている。一方で、**現場の医療従事者の負担が増えることや、スクリーニング結果を専門的な緩和ケアに結び付けることが困難であることが指摘されており、全体の取り組みの見直しが必要**である。 257

# 第4回がんとの共生のあり方に関する検討会における主な議論の整理

## ○ 緩和ケアに関する実地調査

1. 実地調査の目的について

**病院同士のピアレビューとの違いを理解し、棲み分けて行う必要がある**のではないか。

〈ピアレビュー〉

- 現場がより良い医療を提供するために、どのような工夫ができるか話し合い、診療の質を高めていくこと。

〈実地調査〉

- 拠点病院等の指定要件を充足しているかを確認し、問題がある場合、改善策を話し合うことではないか。

2. 実地調査の方法について

〈評価の方法〉

- ドナベディアンモデルの3要素（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）に項目を分ける等、チェックリストを見直してはどうか。
- 負担を軽減できるよう、都道府県による調査をサポートできる仕組みを作るのはどうか。
- 専門的緩和ケアのコンサルテーション等、アウトカムは本調査と別で評価してはどうか。（例：関係団体）
- PDCAを基本としており、繰り返しがあってこそ改善されるのではないか。（例：次年後に報告を求める）

〈訪問メンバー〉

- 評価者の均質化が必要ではないか。（例：学会等が推薦した人でグループをつくり、回数を重ねる）
- 適切な評価ができるよう、評価者には全体を比較できる人がいたほうがよいのではないか。

〈対象施設〉

- まずは都道府県拠点を対象とし、徐々に広げていくほうが混乱が少ないのではないか。
- 指定要件上、ボーダーライン、それ以下を中心に対象としつつ、**適宜制度自体を見直すことも大切**。
- 対象病院については、**都道府県が決定することとしてはどうか**。

# がんの緩和ケアに係る部会設置の経緯

第4回がんとの共生のあり方に関する検討会（令和2年1月29日）資料2・一部改変

＜がんとの共生のあり方に関する検討会における議題＞

| | |
|---|---|
| 第1回<br>（2019年3月13日） | ・**緩和ケアの質の向上策（実地調査①、緩和ケア外来）**<br>・相談支援・情報提供の質の向上（相談員研修①、地域における相談支援①） |
| 第2回<br>（2019年7月31日） | ・**緩和ケアの提供体制（緩和ケア研修、拠点病院等と地域との連携、苦痛のスクリーニング）**<br>・地域における相談支援② |
| 第3回<br>（2019年10月23日） | ・仕事と治療の両立支援の更なる推進<br>・アピアランスケアによる生活の質の向上 |
| 第4回<br>（2020年1月29日） | ・**緩和ケアに関する実地調査②**<br>・自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制 |
| 第5回以降 | ・患者体験調査の結果を踏まえた評価と課題（相談員研修②、相談支援センター等）<br>・遺族調査の結果を踏まえた評価と課題<br>・小児・AYA世代のがん患者・経験者の支援<br>・高齢世代のがん患者の支援　　等 |

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について
別途議論の場を設けることが必要である(第3回検討会にて構成員より提案)

↓

**がんの緩和ケアに係る部会**を設置し議論を進める（第4回検討会で承認）

# 「診断時からの緩和ケア」について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

# 緩和ケアの定義

- 世界保健機関　（WHO 2002年、緩和ケア関連団体会議 定訳 2018年）

  緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

- がん対策基本法　第十五条における緩和ケアの定義（抜粋）

  （平成28年12月改正）

  がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。

# がんと診断されたときからの緩和ケアの推進

■ 第３期がん対策推進基本計画からの抜粋

・緩和ケアとは身体的・精神心理的・社会的苦痛等の**「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うこと**を通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものである。

・国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、**がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく**必要がある。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とする必要がある。

# 緩和ケアによる対応が求められる苦痛や不安等

## 身体的苦痛

○疾患の症状による苦痛
（痛み、呼吸困難、倦怠感等）
○検査に伴う苦痛
○治療に伴う苦痛　　等

## 精神的苦痛

○診断がつくまでの漠然とした不安
○診断時・再発時等悪い知らせによる抑うつや不眠
○体調が変化していくことにより感じる不安
○罹患により出現した様々な症状や、容姿の変化について、他者がどう思うかという不安　　等

## 社会的苦痛

○治療に伴う辞職、廃業、休職、配置転換などの仕事上の問題
○治療費や生活費などによる経済的負担
○家庭内の役割の変化
○周囲の理解・偏見などによる人間関係　　等

## スピリチュアルペイン

○人生の意味への問い
○自責の念
○死生観に対する悩み
○死への恐怖　　等

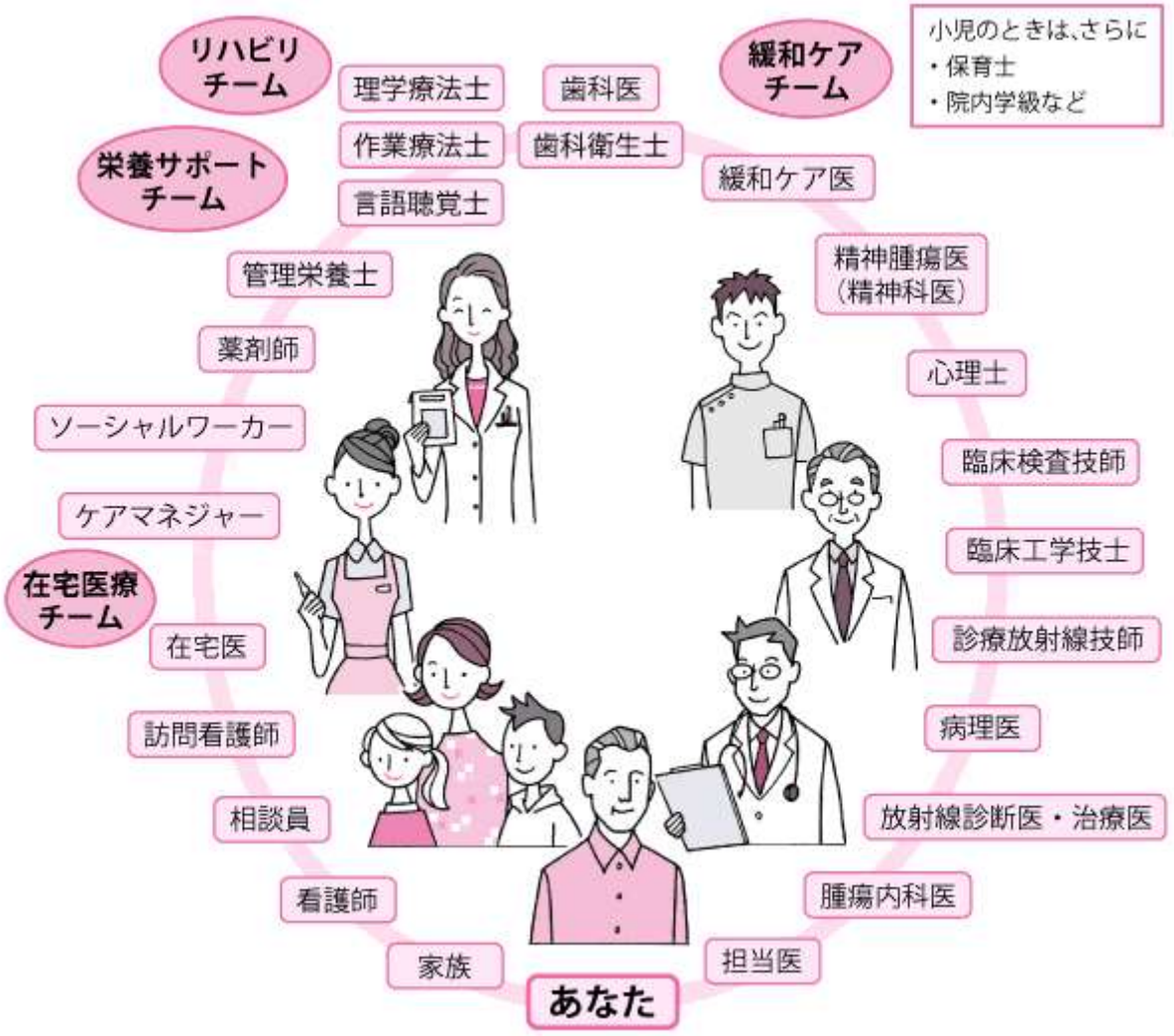
# がんの治療の段階ごとの課題

がんの治療の段階により、緩和ケアが提供される場や実施者が変化している実態がある中で、
これらに応じて、緩和ケアの課題を検討するべきではないか。

| 治療の段階 | 診断時 | 治療期 | 終末期 |
|---|---|---|---|
| 主なケアの主体 | 検診医療機関かかりつけ医 | 拠点病院等（入院・外来） | 在宅等<br>地域の病院<br>緩和ケア病棟 |
| 主な課題 | （1）診断時の課題<br>・検査時の対応<br>・告知時の対応<br>・診断時からの緩和ケアについての認識　等 | （2）治療期の課題<br>・外来や在宅における緩和ケアの提供<br>・緩和ケアチームへの介入依頼のタイミング<br>・緩和ケアチームの質の評価<br>・難治性の疼痛への対応　等 | （3）終末期、緩和ケア病棟の課題<br>・終末期のケアに関する実態の把握<br>・緩和ケア病棟と他の医療機関との連携体制<br>・亡くなる前の療養生活における質　等 |
| | （4）共通の課題<br>・誰が如何なる役割を果たすことが求められているか<br>・継続的に緩和ケアを提供できる実現可能な方策<br>・がんの苦痛を把握する対応（適切なスクリーニング等）<br>・医療用麻薬に関する理解<br>・緩和ケアを提供する人材の確保　等 | | |

# チーム医療のイメージ

出典：国立がん研究センターがん情報サービス




265

# がんの治療の段階ごとの課題の整理

- 今回の検討では、まず治療の各段階ごとに以下のように分割して、それぞれ課題を整理してはどうか。
  （１）診断時の課題
  （２）治療期の課題
  （３）終末期の課題
  （４）（１）―（３）共通の課題

- 次回以降の本部会では、整理された課題をもとに、治療の各段階において、身体的苦痛、精神的苦痛、および社会的苦痛の緩和のため、誰が如何なる役割を果たすことが求められるか、具体的に検討してはどうか。

# （1） 診断時の課題（案）

- 検査時等の疼痛や不安への対応について
- がんの告知に際して、患者が受けるショックへの配慮について
- 仕事や社会生活を送る上での問題への対応について
- 診断に従事する医療関係者の緩和ケアに対する認識について
- その他

# （2） 治療期の課題（案）

- 通院や在宅で治療している患者に対する緩和ケアについて
- 患者が必要としているタイミングで、緩和ケアチームがかかわる仕組みについて
- 緩和ケアチームの質の評価について
- 難治性の疼痛への対応について
- その他

# （3） 終末期の課題（案）

- 拠点病院以外を含めた、終末期のケアに関する実態の把握について
- 緩和ケア病棟と他の医療機関との連携体制について
- 亡くなる前の療養生活における質について（遺族調査の結果より）
- その他

# （4）（1）―（3）共通の課題（案）

- 誰が如何なる役割を果たすことが求められているかについて、更に明確にすることの必要性
- 診断、療養の現場において継続的に緩和ケアを提供できる実現可能な方策について（医療機関の連携等）
- がんの苦痛を把握する対応（適切なスクリーニング等）の必要性
- 医療用麻薬に関する理解の更なる促進について
- 入院・外来及び在宅において緩和ケアを提供する人材の確保について
- その他

2021・6

**緩和ケアの現状・課題について**

**1. 診断時の緩和ケアのあり方**

**【背景】**

- 「緩和ケア」の用語のなかに 3 つの異なる意味が含まれている
  - 基本的な緩和ケア： 主治医や担当看護師など医療者がみな習得し対応すべき内容
  - 専門的緩和ケア： 緩和ケア医や緩和ケアチームなどの専門家が対応する内容
  - 「診断時からの緩和ケア」： 日本独自の用語、明確な定義がない
- 第 2 期までの基本計画の記載、拠点病院をめぐる議論でしばしば混乱していた
- 具体的には、
  - 誰がするのか？
    （緩和ケアは専門家がするものだ、と言う意見と、がん患者全員にと書いてあるので主治医や担当看護師だ、という意見）
  - 何をするのか？
    （緩和ケアだから痛みへの対応だろう、という意見と、診断時には痛みは多くはないのですることはない、などの意見）
  - 当時海外で専門的緩和ケアの取組みで出た「早期からの緩和ケア(early palliative care)」との混同
    （早期からの緩和ケアとは、緩和ケアの専門家が、進行がんなどの複雑な問題を抱えた患者家族に対して、今まで（終末期）よりも早くから関わる（診断時ではない）ことで QOL や予後が改善する報告）

- 「診断時からの緩和ケア」は、全ての患者・家族に対して、告知等の苦痛から対応すること（診断から治療導入までの患者の苦痛や懸念を拾い上げて対応する事）の趣旨に照らせば、海外では「がんへの適応(coping with cancer)」として検討される事項

●

| | 診断時からの緩和ケア | 早期緩和ケア |
|---|---|---|
| **出典** | がん対策推進基本計画(改定) | Temel らの臨床試験 |
| | このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。 | 目的<br>進行がん患者に対して(従来より早く)緩和ケアを提供して、QOL の向上をめざす |
| **提供者** | 担当医・担当看護師 | 専門的緩和ケア |
| **目的** | ・がんり患に伴う苦痛への情緒的サポート<br>・治療に関する情報提供<br>・今後起こりうる苦痛に対し自ら対処できるようにセルフマネジメント教育 | 専門的緩和ケアをできるだけ早期から提供し、QOL の向上を目指す |
| **構成要素** | 特に診断時においては、<br>不安への対応とセルフケアの強化 (例:リラクセーション)<br>原因の同定・対応 (例:問題解決アプローチ)<br>情緒的<br>社会的問題(就労、復職、社会的役割の回復)<br>身体症状<br>健康行動 (治療に向けたダイエット、禁煙、運動)<br>情報提供、教育<br>グループサポート<br>・(継続的支援が必要かアセスメントを行い、必要な場合には)確実な継続支援への引継ぎ | ・方法<br>専門的緩和ケアサービスの提供(緩和ケア専門医による定期的な診療、緩和ケア専門看護師の定期的なフォローアップ)<br>疾病の理解と教育<br>症状マネジメント<br>意思決定<br>疾患に対するコーピング<br>専門家の紹介・対応<br>アドバンス・ケア・プランニング |
| **該当する概念** | Coping with cancer<br>Adjusting to cancer | Early palliative care |

- 診断時（検査の時期から）の緩和ケアについては、誰が、何をすべきかが拠点病院（特に担当医や担当看護師）で認識されにくいことから、
  ①内容を明確に伝えること
  ②実行するための具体的な方法を明示すること
  が混乱を解消するために重要
  （緩和ケアが重要と強調しても内容が異なるために、求められる行動が伝わらなかった）
- 同様の指摘は、厚生労働科学研究費「がんと診断された時からの緩和ケアの推進に関する研究」班の提言にもある
  （日本がんサポーティブケア学会 IOP-ワーキンググループ）

**【検討が求められる事項】**

- **「早期からの緩和ケア」と「診断時からの緩和ケア」は意味する内容が異なることを確認する**
- **診断時の介入方法（診断時の緩和ケアの実施内容）を具体的に示す**
  - 誰が何をするのかを明確にした苦痛や支援のニーズの把握の方法
  - 苦痛や支援への介入内容（パンフレット、面談（がん患者指導管理料をとる面接（医師と看護師の協働）の質の向上、相談支援センターの活用）
  - 現場が疲弊しないための方法論（実行可能性の検討）
  - 普及・実施のために必要な対応（医療従事者の研修の実施等）

- 対応の例
  - 入院準備センター等の流れに組み入れる
    （拠点病院の多くは、在院日数の短縮のために入院前に退院支援や事前の説明を行う体制を作っている（Patient Flow Management(PFM)）。ここは、特に外科治療ではほぼ全例通る）
  - がん患者指導管理料をとる面接の質について担保する（内容の評価、質の向上を目指した標準化、研修など）

## 2. 治療の時期の苦痛への対応（苦痛のスクリーニング）

**【背景】**

- 今までの第 2 期までの基本計画の記載、拠点病院をめぐる議論で混乱、基本計画には記載されつつも、拠点病院で実施に至っているのは少数

- 「痛みや患者さんが確認したいけれども診察の場面では聞きにくいような懸念事項を拾い上げるようたずねる、話し合う」ことと、スクリーニングのシステムの話が混同され議論が混乱していた経緯があった。（スクリーニングというと、ツールや実施の費用対効果のシステムの話に終始をしてしまい、そもそも「苦痛を確認する」ことについて話し合われなかった）（スクリーニングは人手が足りなくてできない、インセンティブが、など）
- 第 3 期基本計画を策定する際、緩和ケア検討会等で上の課題を整理し、
  - スクリーニングに関する補足を入れた
    「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。
    （まず担当医や看護師が患者の痛みや懸念をたずねることを強調）

  - 拠点病院を主語として（緩和ケアチームだけが苦痛に取り組むのではないことを示すために）
    拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。
    拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者間の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内すること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を進める。

- スクリーニングについては
  ① 担当医や担当看護師が痛みや患者の懸念を積極的に話し合う・対応することについて
  ② 担当医が苦痛に対応しても取り切れない、難治の痛みや苦痛を専門家（緩和ケアチーム）につなげることができるか（アクセス）の問題
  ③ 専門的な緩和ケア（緩和ケアチーム）の技術の問題

の 3 つの論点がある

**【検討が求められる事項】**

**① がん診療連携拠点病院の現状について**

- 都道府県による実地調査の結果
- ピアレビューの取組みとその結果
- ケアの質・効率を高めるための対策、現場を疲弊させない取組み

**② 拠点病院以外（都道府県指定のがん診療病院等）の現状について**

- 2-3 割のがん治療は、がん診療連携拠点病院以外の医療施設にて実施
- 苦痛への対応、緩和ケアの提供について実態の把握、検討がなされていない

**③ 担当医や担当看護師が担う痛み・苦痛への対応について**

- 診療・ケアの質の問題として、痛みに対する対応が十分ではないとの意見がある
- 緩和ケア研修会受講により、以前よりは関心は高まっているものの一律は困難
- 外来では看護師の配置が少ないとの意見
- 支持療法として、痛み等への対応を指針化する動きがある
- 対応の案
  マネジメント方法を検討する必要性
  （主治医の依頼で動くコンサルテーションスタイルのみでは対応が難しい）
  医療用麻薬の適切な使用の推進（一部の拠点病院、拠点病院以外でのがん診療のケースへの対応）

**④ 医療用麻薬に関する教育・啓発**

- 医療者側への疼痛対応の必要性の啓発とともに、患者側の理解を進めるための取組みも重要
- 特に、使用する段階よりも以前の段階からの情報提供
- 使用時の病院薬剤師によるフォロー、保険薬局の関わり
  （がん患者指導管理の質など）
- 薬薬連携、普段からの情報の共有等
- がん教育

**⑤ 担当医が苦痛に対応しても取り切れない、難治の痛みや苦痛を専門家（緩和ケアチーム）につなげることができるかの問題**

- アクセスの問題
- スクリーニングの問題について
  スクリーニング・システムについては、世界的にはメリット・デメリットが拮抗しているというのが見解である。問題となるのは、擬陽性が多いこと（必要のない患者にも負担を強いる）、マンパワーの問題である
- 最近はスクリーニングの議論から患者の自己評価（Patient Reported Outcome: PRO）の応用に関心が向いている

**⑥ 専門的な緩和ケア（緩和ケアチーム）の技術の問題**

- 緩和ケアチームに専門的なトレーニングを受けた医師が少ないという問題がある
- がん対策加速化プランの中で 2 日間の実地研修が行われた
- 促進プランをしても 1 日見学なので技量はあがらないとの意見
- 対応の例
  ・都道府県内でチームが相談できる窓口を作る（ピアレビューを通した連携）
  ・ペインクリニシャン、放射線治療との連携

**⑦ 難治の痛みへの対応（対応が難しい痛みとは）**

- 今までの議論でも対応可能なのに見逃されている痛みの問題と、対応方法自体が難しい痛みの問題が整理されないまま議論されてきて、すれ違いが起きていた
- がん疼痛とがん患者の（がん以外の）慢性疼痛の問題
- 厚生科研の検討状況
- 緩和ケア医、ペインクリニシャンとの意見のすりあわせ

### 3. 終末期の痛み等の苦痛の軽減・緩和

**【背景】**

- 遺族調査の結果は、地域の後方連携病院での緩和ケアの実状を反映している可能性がある

- 分子標的薬等がん治療の進展に伴いがん治療は外来中心になった。入院治療は行わずに地域の病院に戻ることも行われている。
  （分子標的薬では、内服できなくなるまで治療が続けられることもしばしばある。そのまま地域の病院に紹介・入院となることも稀ではない）
- 在院日数の短縮もあり、拠点病院で終末期を診ることは減り、従来よりも早い段階で地域の病院へ移行する傾向がある
  （拠点病院の外来から地域の病院の外来、在宅医への転医。その後病状の悪化があれば、地域の病院に入院する）
- 終末期の緩和ケアの担い手は地域の中小規模病院（地域包括ケア病棟、療養型病棟）と在宅となり、終末期のケアは地域の病院での入院⇔在宅医療のなかで提供されることが増えた（逆に言えば、拠点病院で終末期のケアが行われる機会は減ってきている）
  （2014 年のがん死亡者　368,103 人　拠点 24・1%　拠点以外病院 60・9、診療所・老健等 5・1、自宅 9・9）
  （2017 年のがん死亡者　373,365 人　拠点・拠点以外病院 82・4%　診療所・老健・老健等 5・1、自宅 11・7（推定））
  現在は COVID-19 の影響もあり、さらに地域・在宅への流れが進んでいる可能性がある
- 一方で地域の後方連携病院での緩和ケアに関する提供体制について把握と検討がなされる機会が少なかった
  （拠点病院を核とする施策、地域の緩和ケア＝在宅医の看取りというイメージ）
- 緩和ケア研修会が進められてきたが、拠点病院の受講は進んだ一方、拠点病院以外の病院では途上
- 進まない理由：
  - 拠点病院と異なりインセンティブが働かない
  - 地域の中小規模病院は看取りの中心的な役割を担っているが、その中でがんは一部（がんは約 3 割、心不全や脳血管障害、肺炎等が約 6 割を占める。）
  - 緩和ケアに関わる人材も非常に少ない。緩和ケアチームは持っていない施設が大半。また認定・専門看護師も少ない（教育を担う核がない）
- 結果として、拠点病院の緩和ケアチームが動いていたとしても、その後の引き継ぐ先がない

- 参考:
  がん以外の看取りは、地域包括ケアの枠組みで行われている。地域包括ケアは市町村単位で連携が組まれる一方、がんの終末期・看取りは二次医療圏単位であり、ずれがある。件数は多いにもかかわらず、地域包括ケアの枠組みで検討されていないところもある。

- 参考:
  地域で療養する際に介護保険の利用も行われる。がんでは、申請時に身体の状態が急激に変化することを踏まえた対応を求める通達が出されるなどしてきたが、介護保険の利用実態の把握・検討がない

**【検討が求められる事項】**

**① 現に生じている拠点病院から後方連携病院に移行した際のケアの断絶をどうするか**

- 現状の把握
- 対応策、好事例の共有
- 対応の例、拠点病院緩和ケアチームのテレフォンフォローアップ、相談窓口、病院薬剤師間の連携

**② 拠点病院の後方連携病院での緩和ケアの提供をどのように強化するか(教育、実践)**

- 在宅医療への流れはあるものの、今後を含め終末期の療養・看取りの中心的役割を担うのは地域の病院である。終末期のケアの質の向上を図るためにどのようにすればよいか
- 緩和ケアチームのない病院での痛みや苦痛への対応
- 緩和ケア研修会の今後の展開
- 現状の把握

**③ がんの緩和ケアの提供と地域包括ケアの枠組みとのすりあわせはどのようにすれば進むのか(地域連携)**

- 地域包括ケアの枠組みと拠点病院の連携、がんの緩和ケアの連続性を保つためにどのようにすればよいか
- 現状の把握
- 地域で緩和ケアについて課題を検討する機会の設置
- 地域緩和ケア調整員等の活用について

**④ 在宅医療における緩和ケアの提供体制、質の担保**

- 在宅医療の中でもがんに関しては、特化した診療所がある程度まとめて受ける傾向がある
- 在宅医療における緩和ケアの内容、質について検討がほとんどない。施設間のばらつきがある

**⑤ 介護施設における緩和ケアの提供**

- 地域包括ケアの枠組みの中で、介護施設での看取りについても推進されているが、がん患者の看取りについてはその実態は把握されていない。介護施設は連携する在宅医による教育・研修が重要になり、在宅医の努力に依る
- 痛みや苦痛のケアについて介護職への教育がどの程度行われているかは不明
- 介護職の教育、施設の運営の方針による幅がある。
  （たとえば、入所時に緊急時の搬送をしないと決め、本来医療的な処置が必要な場面でもつながないなど、目的と手段が逆になっている場合があるとの意見）

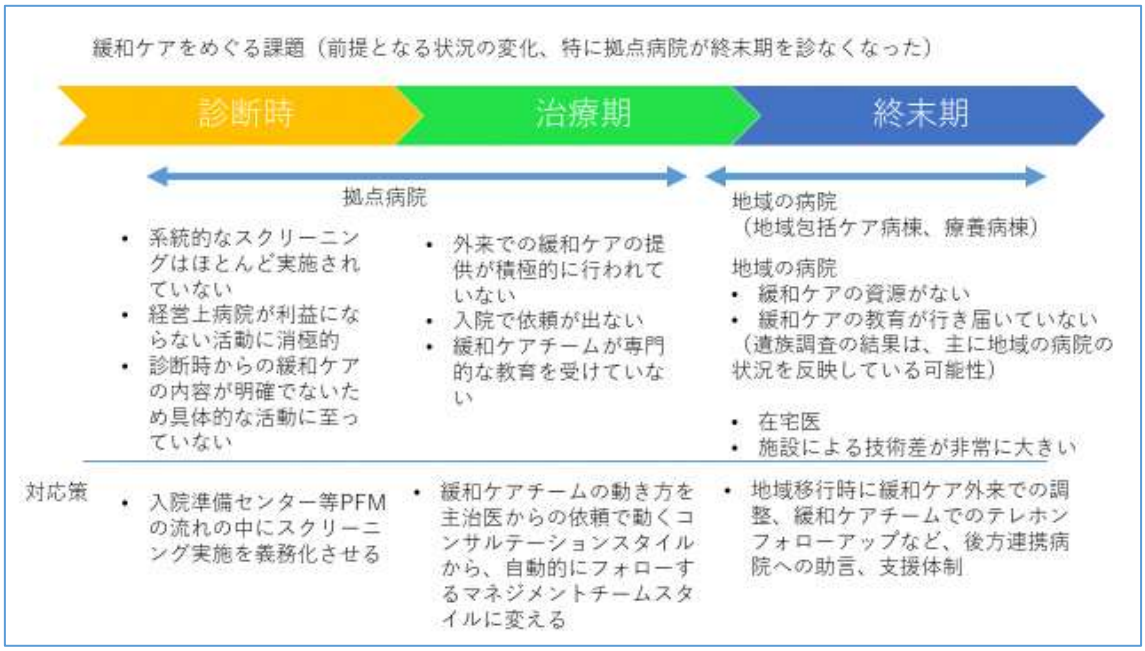
## 4. 緩和ケア病棟

**【背景】**

- 診療報酬の誘導により緩和ケア病棟の設置が進められてきた
- 一方で緩和ケア医がいない緩和ケア病棟も増えている
- 質について、日本ホスピス緩和ケア協会が基準を出している一方、加盟していない緩和ケア病棟もある
- 診療報酬の誘導により、急性期化と慢性・療養型に二極化してきている
- 緩和ケア病棟の運営では地域との連携が要請されているが、連携が進まない、受け入れを限定している施設もある。
- 逆に地域包括ケア病棟はがん患者を含め受入れており、緩和ケア病棟と役割が重なる面が出てきた。
- 海外では、緩和ケア病棟はがんに限らず、がん以外も受入れている。わが国では、専門的緩和ケアへのアクセスががんに限られているとすれば、他の疾患をもつ人に不利益が生じているのではないかとの意見もある
  （緩和ケア病棟ががんと AIDS しか受入れていないのはいびつ）
- また、COVID-19 感染拡大により、緩和ケア病棟がコロナ対応病棟に転換された大学病院・地域の病院がある

**【検討がもとめられる事項】**

- 現状の把握
- 緩和ケア病棟の役割について
- 在宅医や地域の病院と緩和ケア病棟との連携について
- COVID-19 感染下でのケアの質について（病棟型の緩和ケア病棟では、終末期であっても面会が困難な施設もある）


緩和ケアをめぐる課題（前提となる状況の変化、特に拠点病院が終末期を診なくなった）
診断時
治療期
終末期
拠点病院
地域の病院
（地域包括ケア病棟、療養病棟）
• 系統的なスクリーニングはほとんど実施されていない
• 経営上病院が利益にならない活動に消極的
• 診断時からの緩和ケアの内容が明確でないため具体的な活動に至っていない
• 外来での緩和ケアの提供が積極的に行われていない
• 入院で依頼が出ない
• 緩和ケアチームが専門的な教育を受けていない
地域の病院
• 緩和ケアの資源がない
• 緩和ケアの教育が行き届いていない
（遺族調査の結果は、主に地域の病院の状況を反映している可能性）
• 在宅医
• 施設による技術差が非常に大きい
対応策
• 入院準備センター等PFMの流れの中にスクリーニング実施を義務化させる
• 緩和ケアチームの動き方を主治医からの依頼で動くコンサルテーションスタイルから、自動的にフォローするマネジメントチームスタイルに変える
• 地域移行時に緩和ケア外来での調整、緩和ケアチームでのテレホンフォローアップなど、後方連携病院への助言、支援体制

# 緩和ケアとは何か

埼玉医科大学総合医療センター　緩和医療科／呼吸器外科
国立大学法人埼玉大学教育学部　非常勤講師
フェリス女学院大学音楽学部　非常勤講師
儀賀 理暁

先生のご経験から「緩和ケアとは何か」を
ご発表いただけないかと考えております。
10分程度で。

に、学生さんの力を借りながら精一杯応えてみます。。。

# 第1期　がん対策推進基本計画

## 第3　全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

### ３　分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

#### （1）がん医療

①

②　緩和ケア

③

④

⑤

# 第2期　がん対策推進基本計画

## 第4　分野別施策と個別目標

### １．がん医療

（１）

（２）

（３）　がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（４）

（５）

（６）

# 図表1-2-32　第３期がん対策推進基本計画（概要）

## 第１　全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

## 第２　分野別施策

### １．がん予防

（1）がんの１次予防
（2）がんの早期発見、
　　がん検診（２次予防）

### ２．がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

### ３．がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

### ４．これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

# 医療とは？

精選版日本国語大辞典：医術を用いて病気を治すこと

デジタル大辞泉：医術、医薬で病気やけがを治すこと

広辞苑：医術で病気を治すこと

世界大百科事典第2版：病気という名前で呼ばれる個人的状態に対し、それを回復させるか、あるいは悪化を阻止しようとしてとられる行為をいう

# 医療とは？

Health care (also health-care or healthcare) is the maintenance or improvement of health via the prevention, diagnosis, treatment, recovery, or cure of disease, illness, injury, and other physical and mental impairments in people.

人間の健康の維持、回復、促進などを目的とした諸活動について用いられる広範な意味を持った語である

–Wikipedia

不治の病は？　死は？　そもそも人は？

ホスピス運動 ⇒ 緩和ケア ⇒ 緩和医療

# 死や死にゆく人をめぐるケアの医療化

安藤泰至 2012

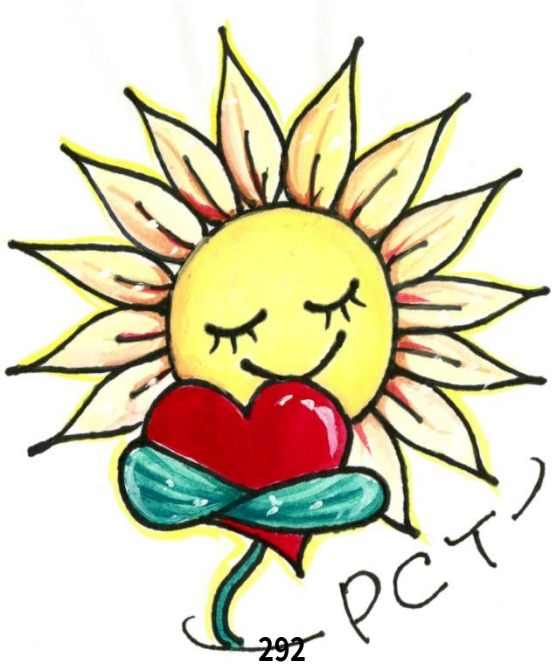
# （がんの）治療

## 病気のこと

- 抗がん剤／免疫治療
- 放射線
- 手術

## あなたのこと

- 緩和ケア



# 医療とは？

医療法：

（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）

最終改正：平成一八年一二月八日法律第一〇六号

第一章 総則

第一条の二

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、～中略～
医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

# 患者体験調査・小児患者体験調査の結果概要

国立がん研究センター
がん対策情報センターがん登録センター
東　尚弘
thigashi@ncc.go.jp

# 患者体験調査の目的

（第3期がん対策推進基本計画中間評価）

- 国のがん対策の進捗評価

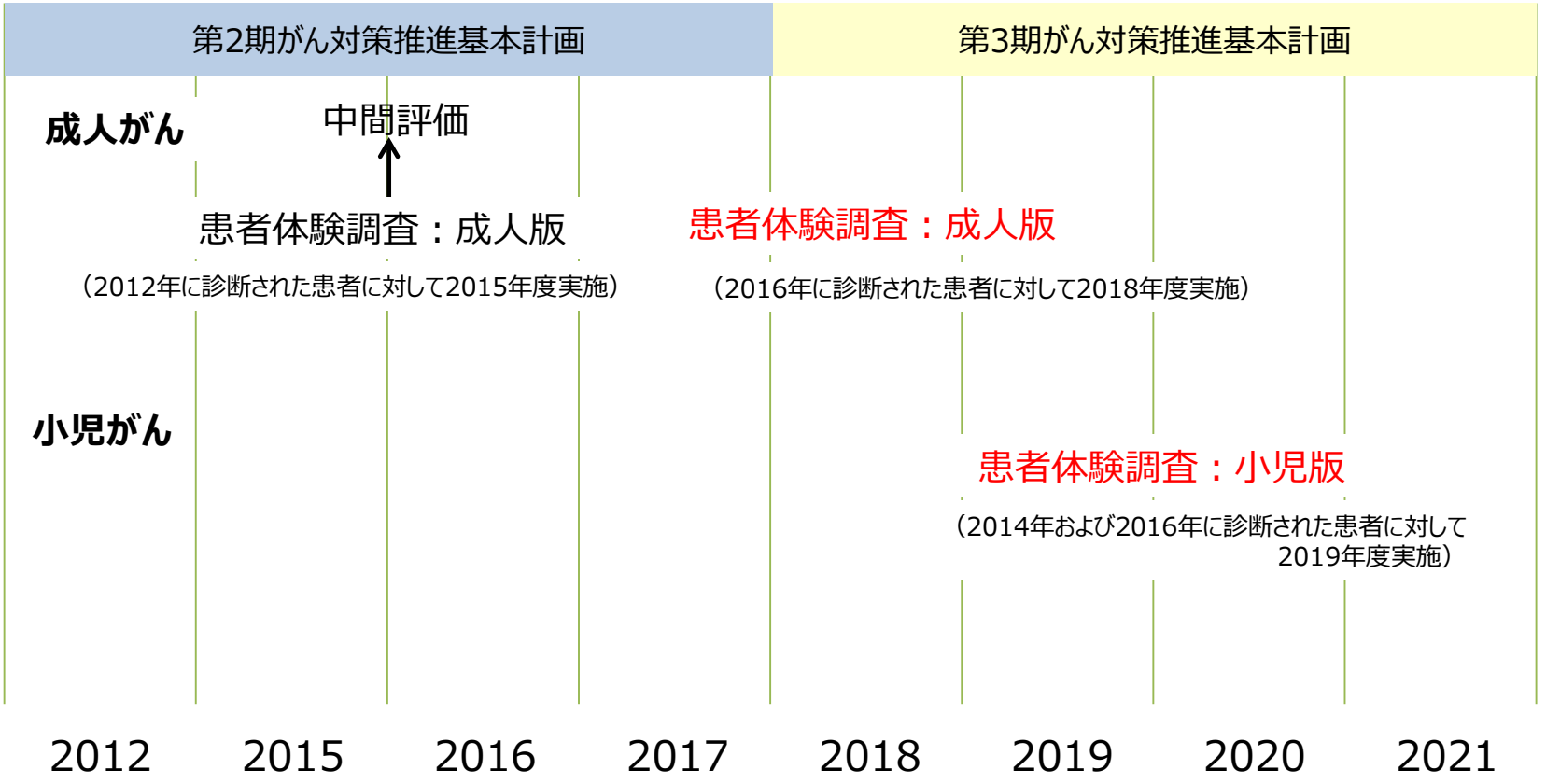
（患者の体験はがん対策の重要なアウトカム）

- 患者と家族の体験したがん医療の実情把握

⇒全国のがん患者を代表可能なサンプルに対する質問紙調査

# 患者体験調査のこれまで

目的：がん対策推進基本計画の評価のためのデータ



# 成人調査の結果概要

# 回答者概要

2018年度　調査実施分

**院内がん登録実施施設での2016年診断患者が対象**

| | |
|---|---|
| 発送数 | 20,488 |
| 参加施設数 | 166施設 |
| 回収数 | 8,935(回収率43.6%) |
| 報告対象 | 7,080 |

内訳

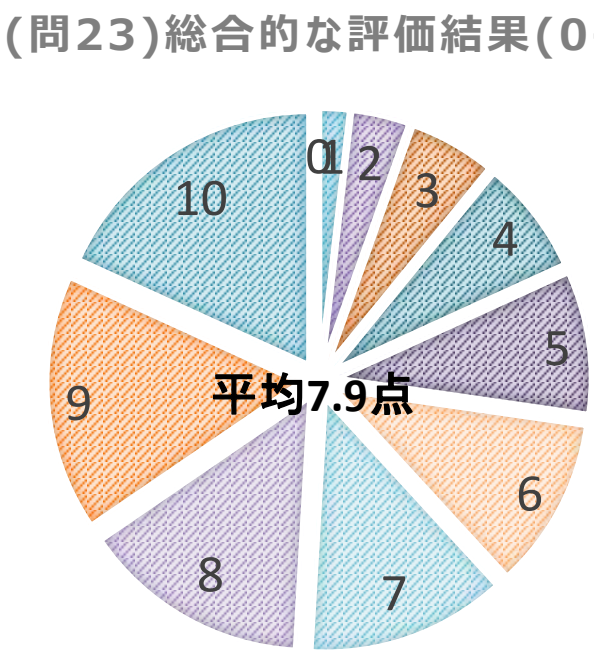
| グループ | 対象人数 |
|---|---|
| A:希少がん患者 | 797 (11.3%) |
| B:若年がん患者 | 709 (10.0%) |
| C:一般のがん患者 | 5,574 (78.7%) |

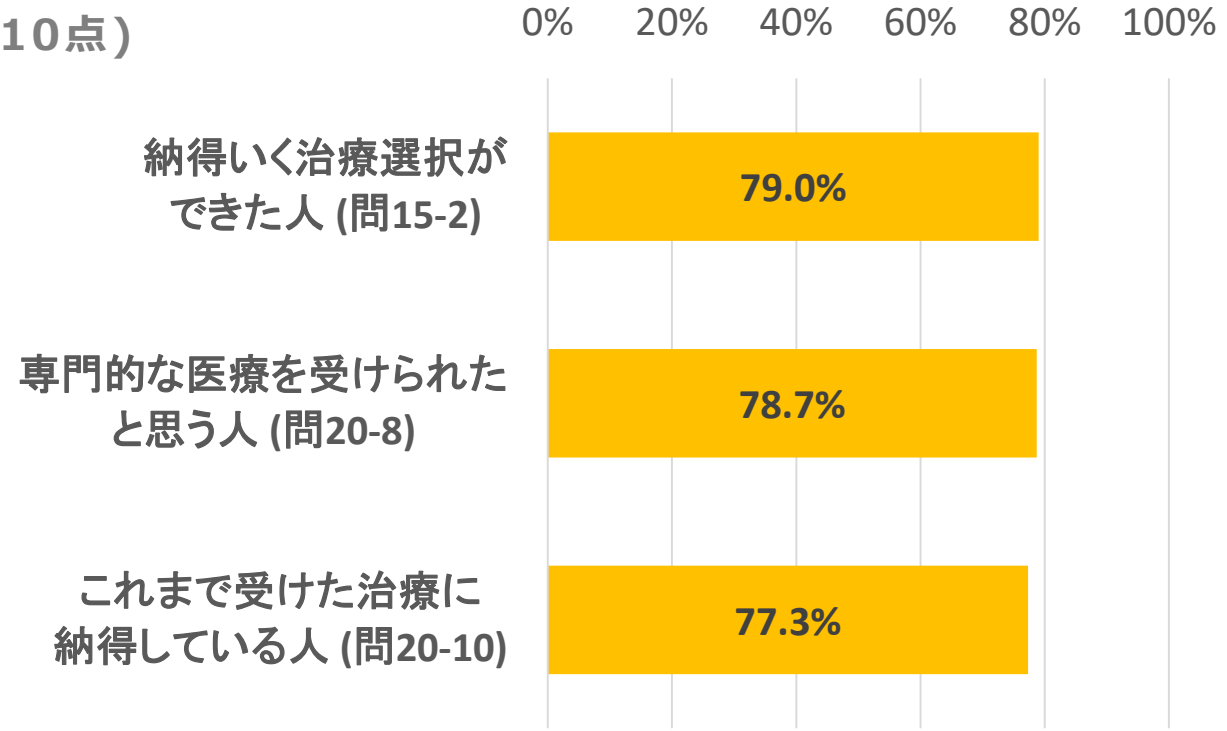
**平均66.4歳**



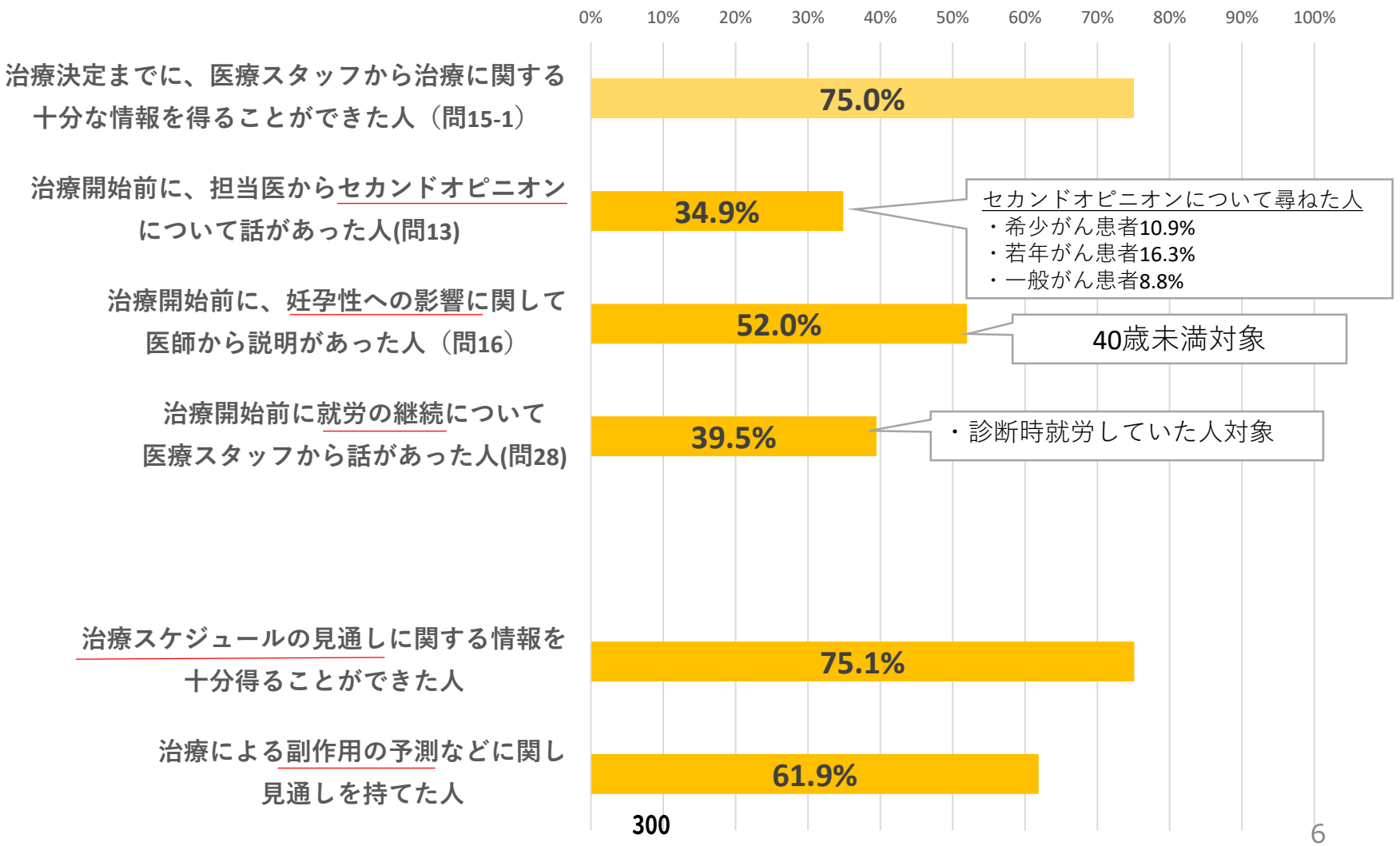

298

# 受けた医療への総合的評価

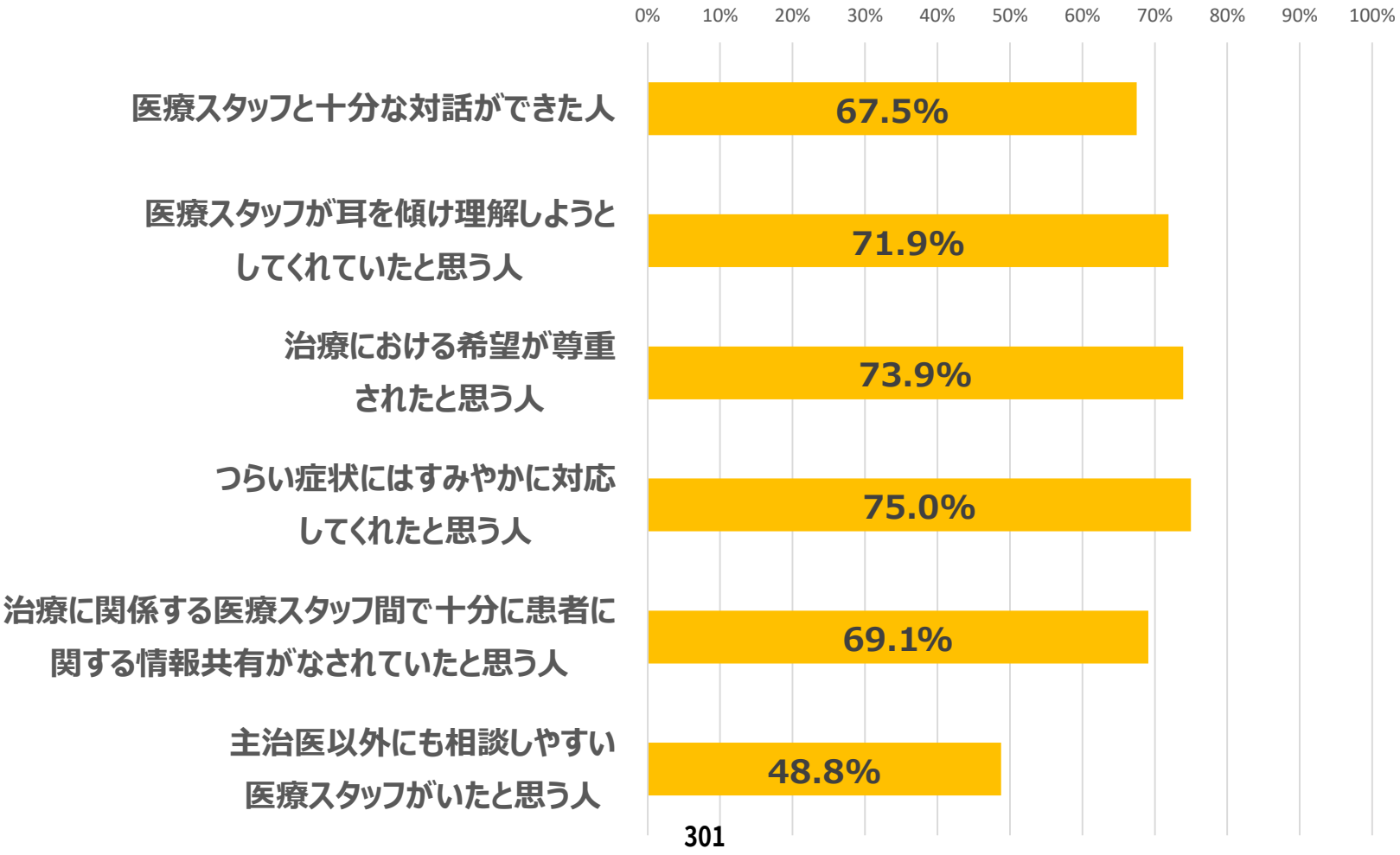


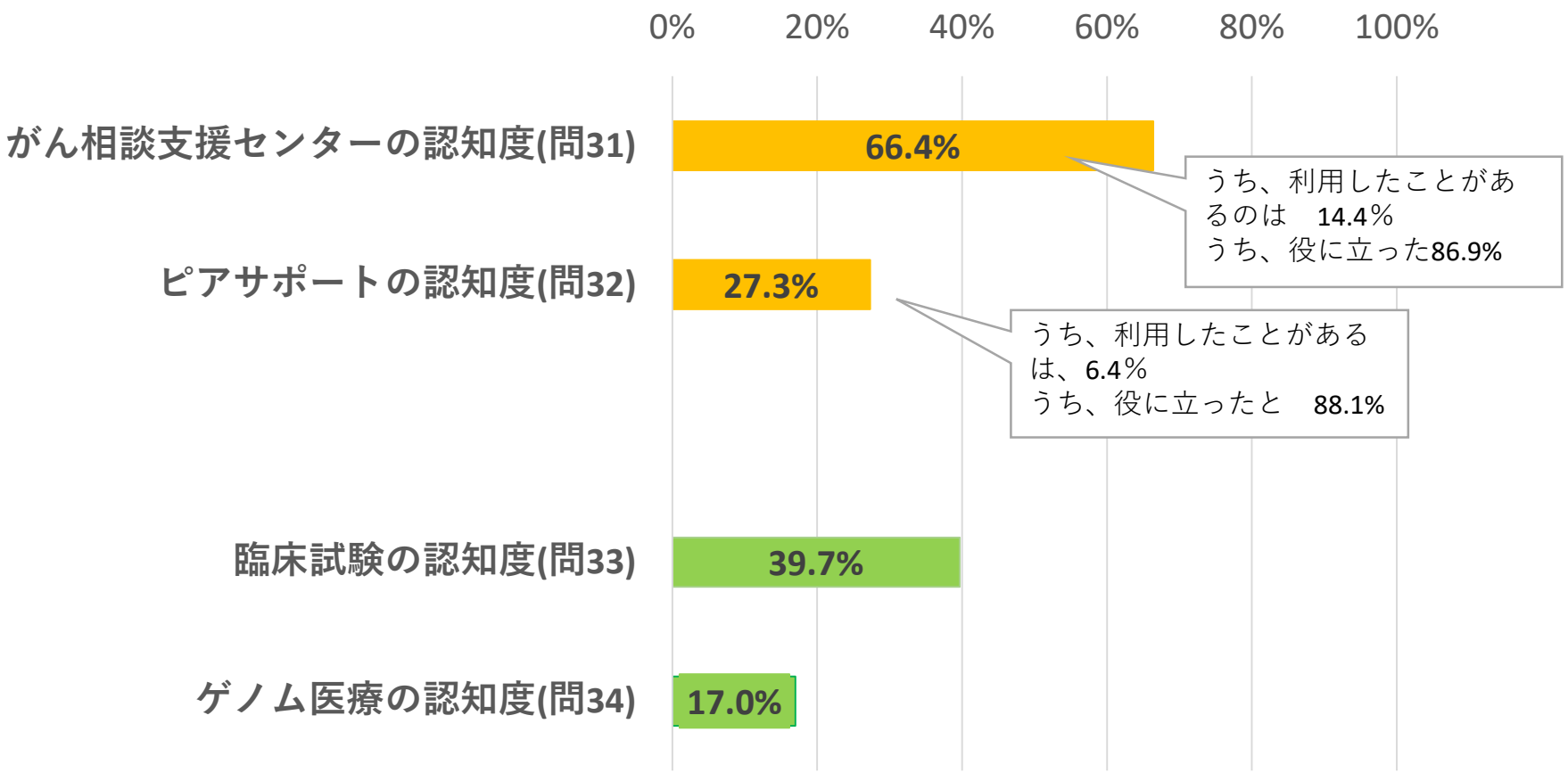
# 治療前の説明・見通し


0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
治療決定までに、医療スタッフから治療に関する十分な情報を得ることができた人（問15-1）
75.0%
治療開始前に、担当医からセカンドオピニオンについて話があった人(問13)
34.9%
セカンドオピニオンについて尋ねた人
・希少がん患者10.9%
・若年がん患者16.3%
・一般がん患者8.8%
治療開始前に、妊孕性への影響に関して医師から説明があった人（問16）
52.0%
40歳未満対象
治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人(問28)
39.5%
・診断時就労していた人対象
治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人
75.1%
治療による副作用の予測などに関し見通しを持てた人
61.9%
300

# 医療者とのコミュニケーション



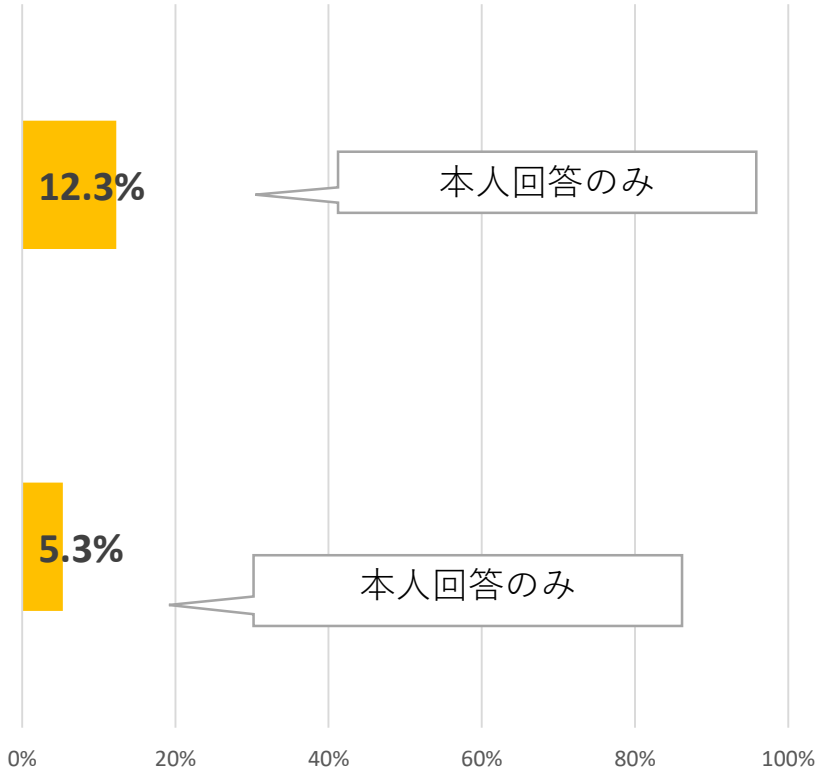
# 相談支援制度や用語の認知度




302

# 孤立感・偏見

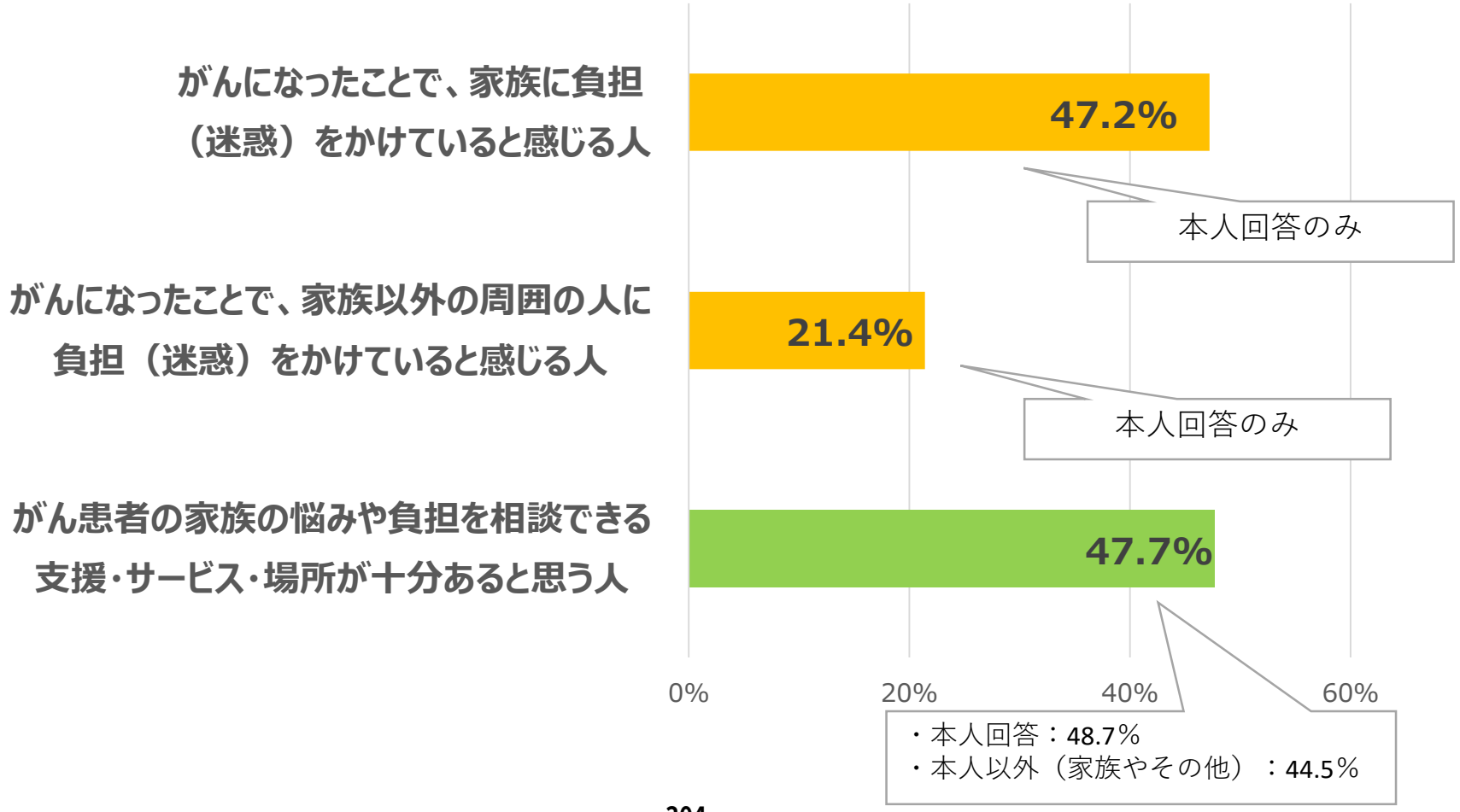
がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人（問35-3）




（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる人（問35-4）

303

# 家族・周囲への迷惑



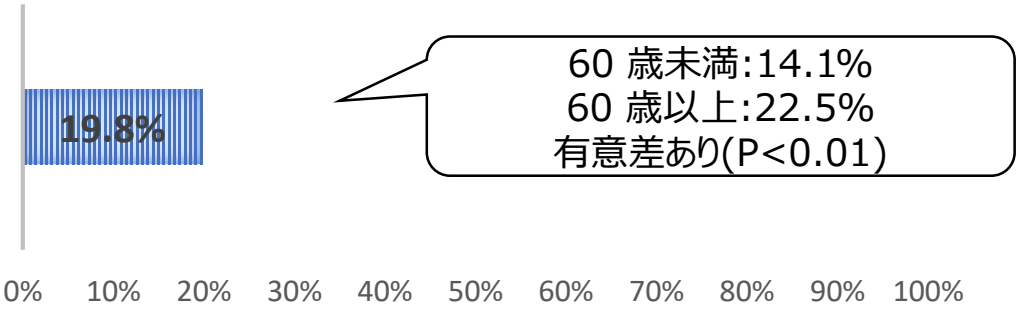

304

# 就労の状況

| 就労あり | 就労なし |
|---|---|
| 62.1歳<br>(SD:12.2) | 75.0歳<br>(SD:9.3) |

**診断時に就労していた、回答者の44.2%が対象**

がん診断後、退職・廃業したと回答した人の割合(問29)

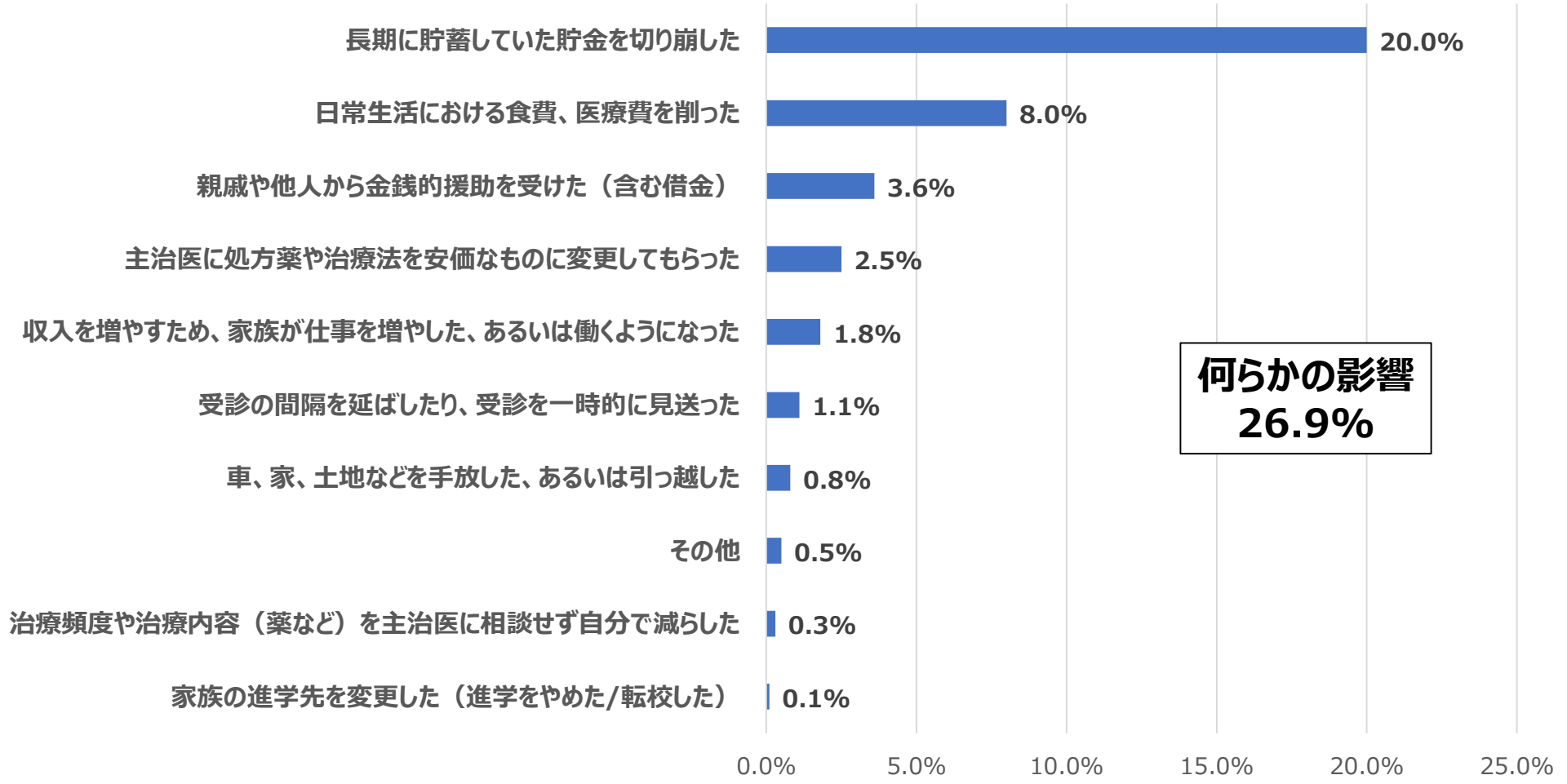



退職・廃業した人の「タイミング」

| | 全体 | | 希少がん患者 | | 若年がん患者 | | その他がん患者 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| がんの疑いがあり診断が確定する前 | 6.2% | | 6.3% | | 3.0% | | 6.4% | |
| がん診断直後 | 34.1% | 56.8% | 29.3% | 54.4% | 28.4% | 42.5% | 34.8% | 57.9% |
| 診断後、初回治療を待っている間 | 16.5% | | 18.8% | | 11.1% | | 16.7% | |
| 初回治療中 | 11.6% | | 17.3% | | 11.0% | | 11.3% | |
| 初回治療後から当初予定していた復職までの間 | 17.5% | | 11.0% | | 21.9% | | 17.7% | |
| 一度復職したのち | 10.8% | | 15.0% | | 10.4% | | 10.6% | |
| その他 | 3.1% | | 2.2% | | 14.3% | | 2.5% | |
| 合計 | 100% | | 100% | | 100% | | 100% | |

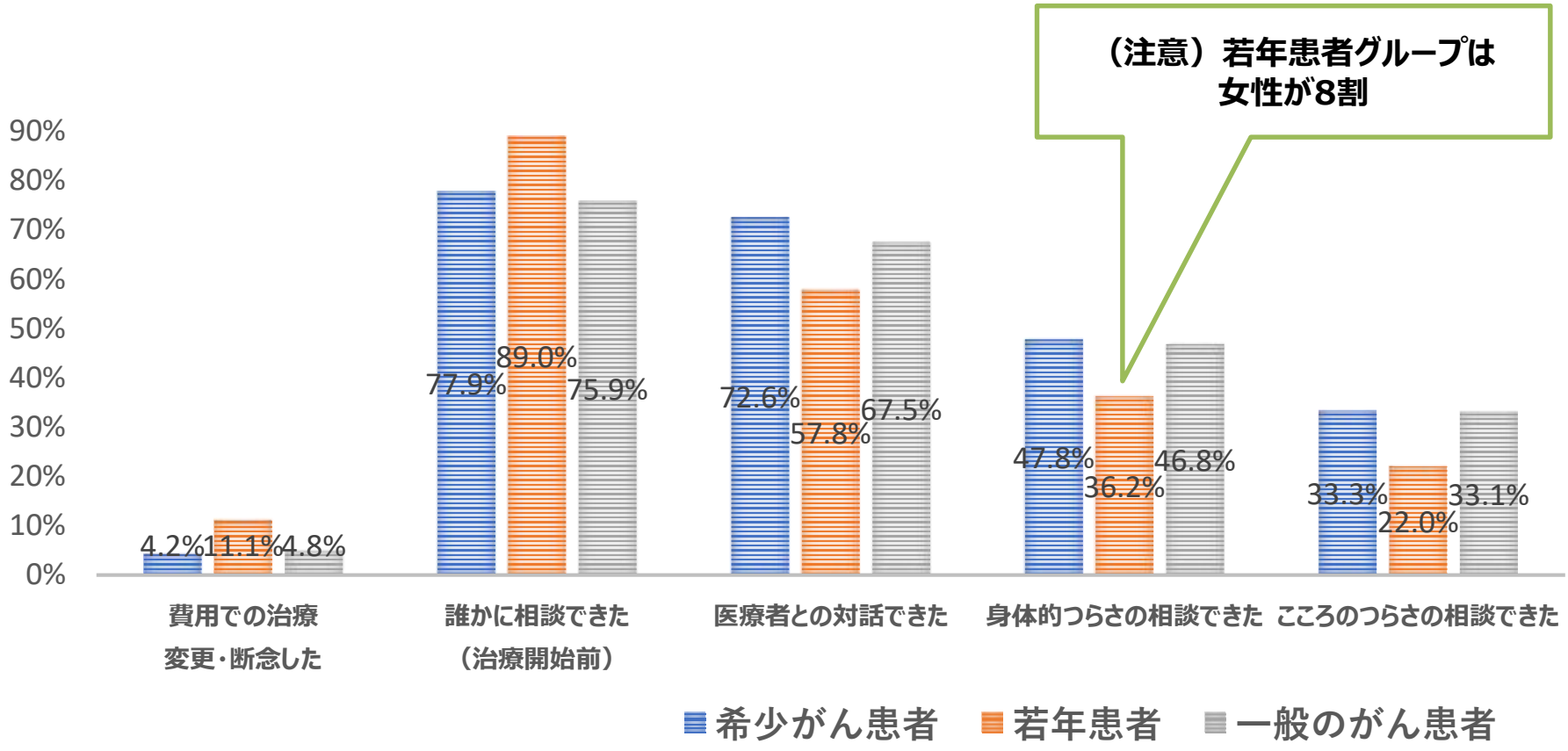
305

# 経済的な負担の影響




306

# AYA世代の状況　ここでは19～39歳




307

# 小児調査の結果概要

# 発送・集計対象数

2019年度 調査実施

**2014年・2016年診断の0-18歳患者が院内がん登録で年間4例以上の施設が対象**

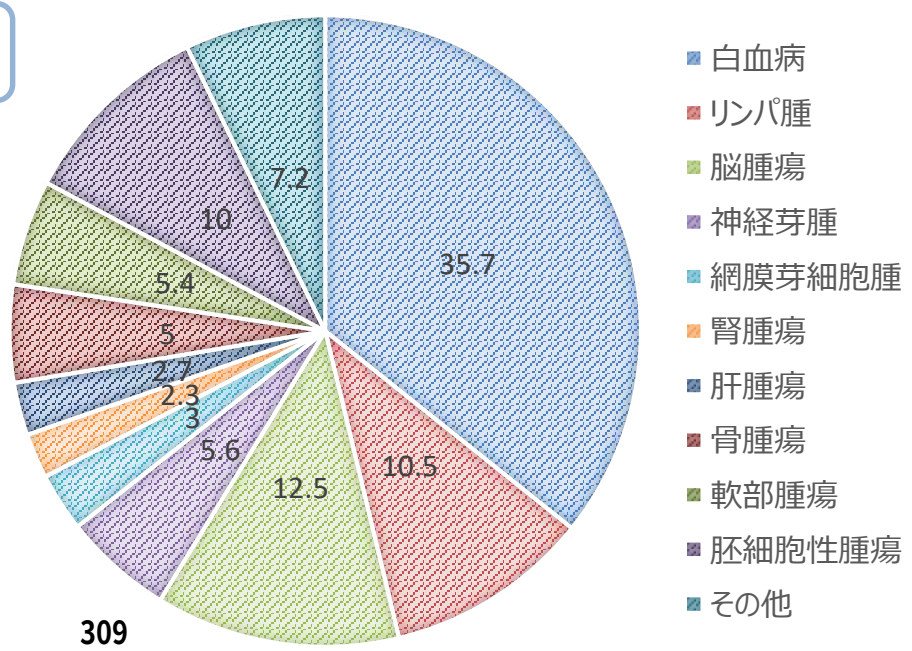
| | |
|---|---|
| 発送数 | 2511 |
| 参加施設数 | 97施設(小児がん拠点12施設) |
| 回収数 | 1221(回収率47.8%) |
| 報告対象 | 1029 |

## ☑患者情報

回答者は家族等に依頼
(84.5%母親)



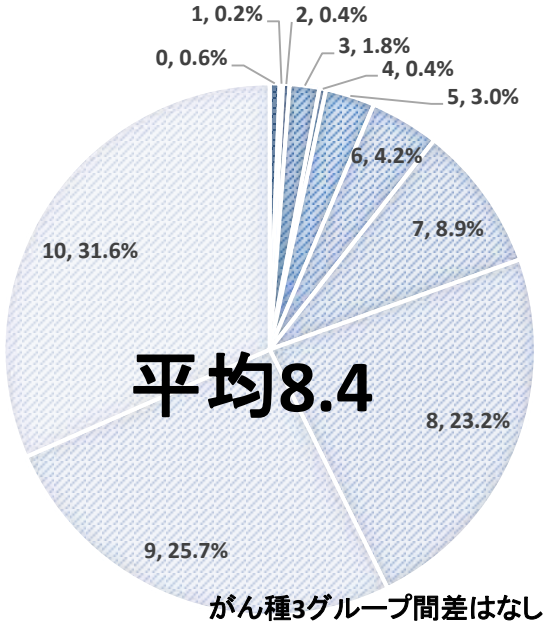

**平均年齢: 8.4歳**




309

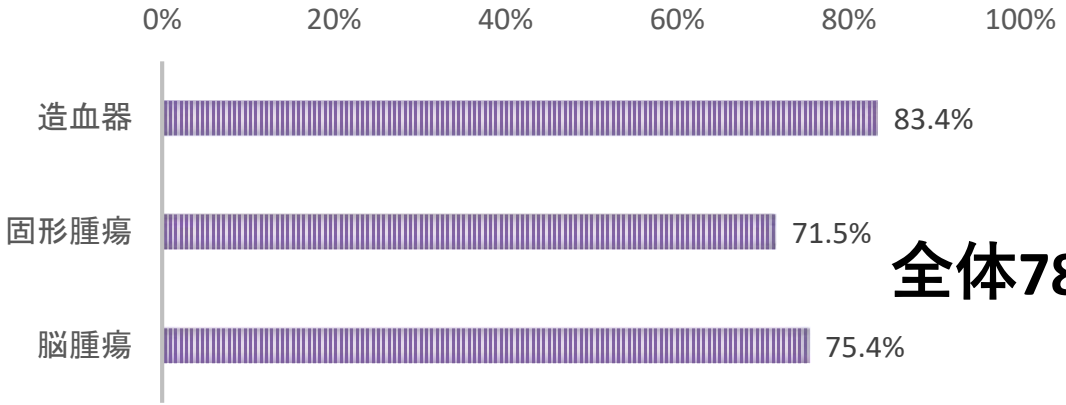
# 治療に関する体験

受けた医療の総合評価(0-10点)（問25）




がん種3グループ間差はなし

主治医以外に相談しやすいスタッフがいた(問20-8)



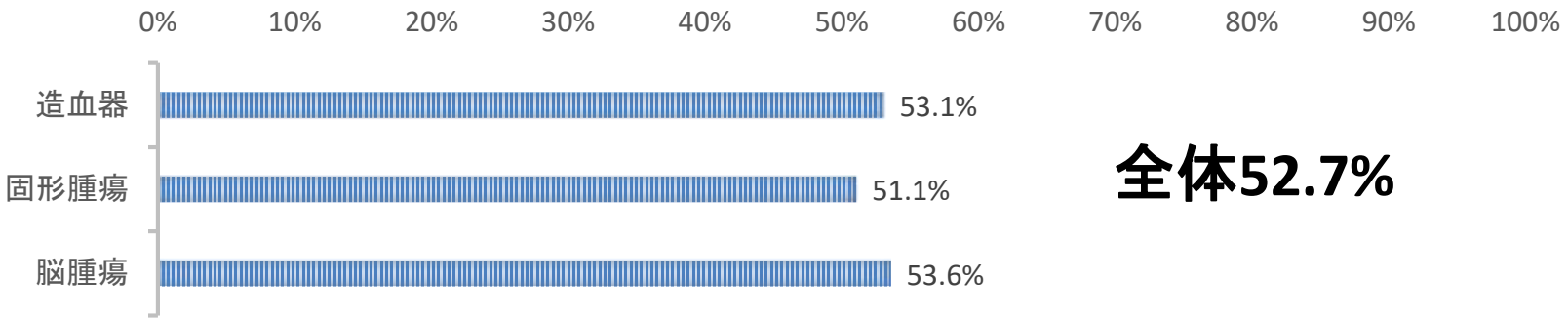

造血器 vs 脳腫瘍/固形　p<0.05、成人対象の調査では48.8%

☑　治療中の体験に関して、成人と共通の問いでは、全体として成人より肯定的な回答が多かった。

| 内容 | 小児 | 成人(参考) |
|---|---|---|
| 医療スタッフとの対話 (問20-3) | 76.3% | 67.5% |
| 治療スケジュール情報の取得 (問20-1) | 78.1% | 75.1% |
| 専門的な医療の提供　(問20-7) | 90.4% | 78.7% |
| 希望通りの転院　(問20-11) | 85.3% | 79.2% |

# 告知について

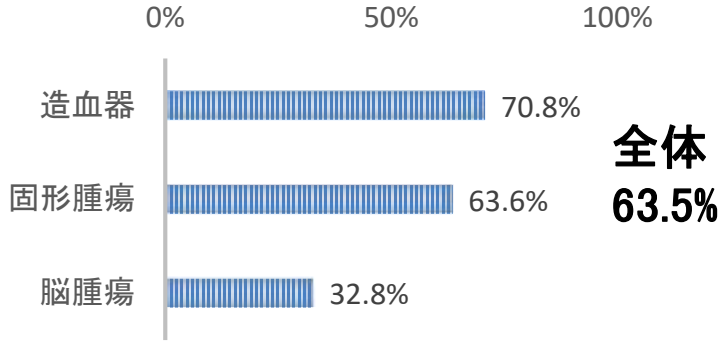
治療開始前に患者本人に告知した(問27)




**全体52.7%**

3群　p=0.81

病名を伝えて告知した(問28)

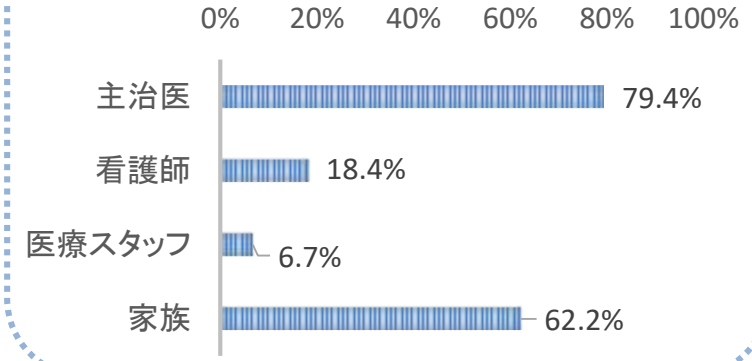



**全体63.5%**

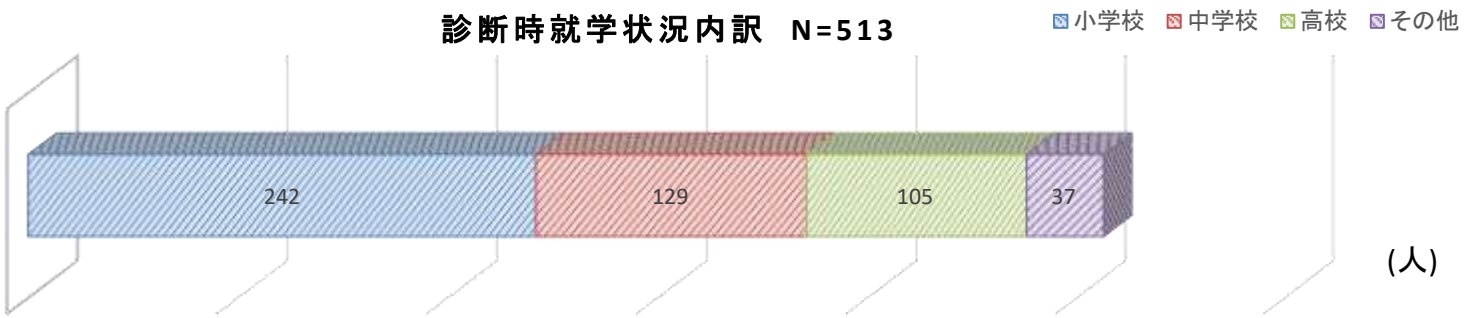
311

脳腫瘍 vs 造血器/固形腫瘍でp<0.05

告知をした人(問29)複数回答有

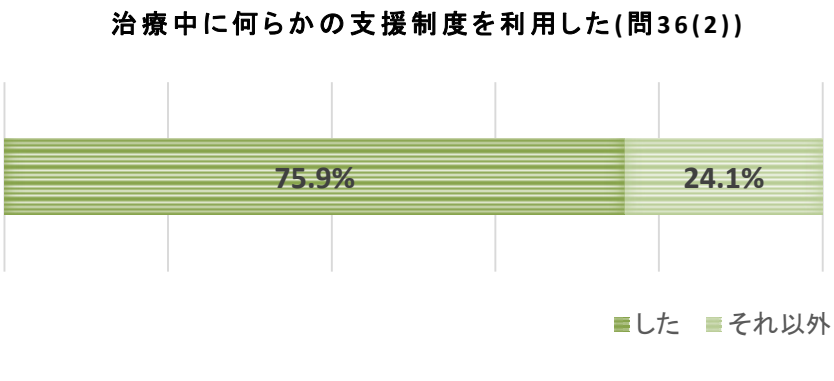


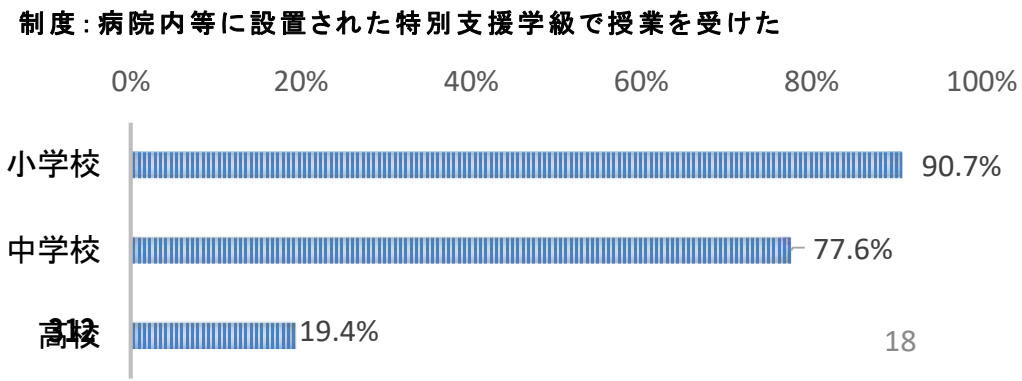
# 就学状況




☑転校・休学・退学を経験したと回答した人の分布

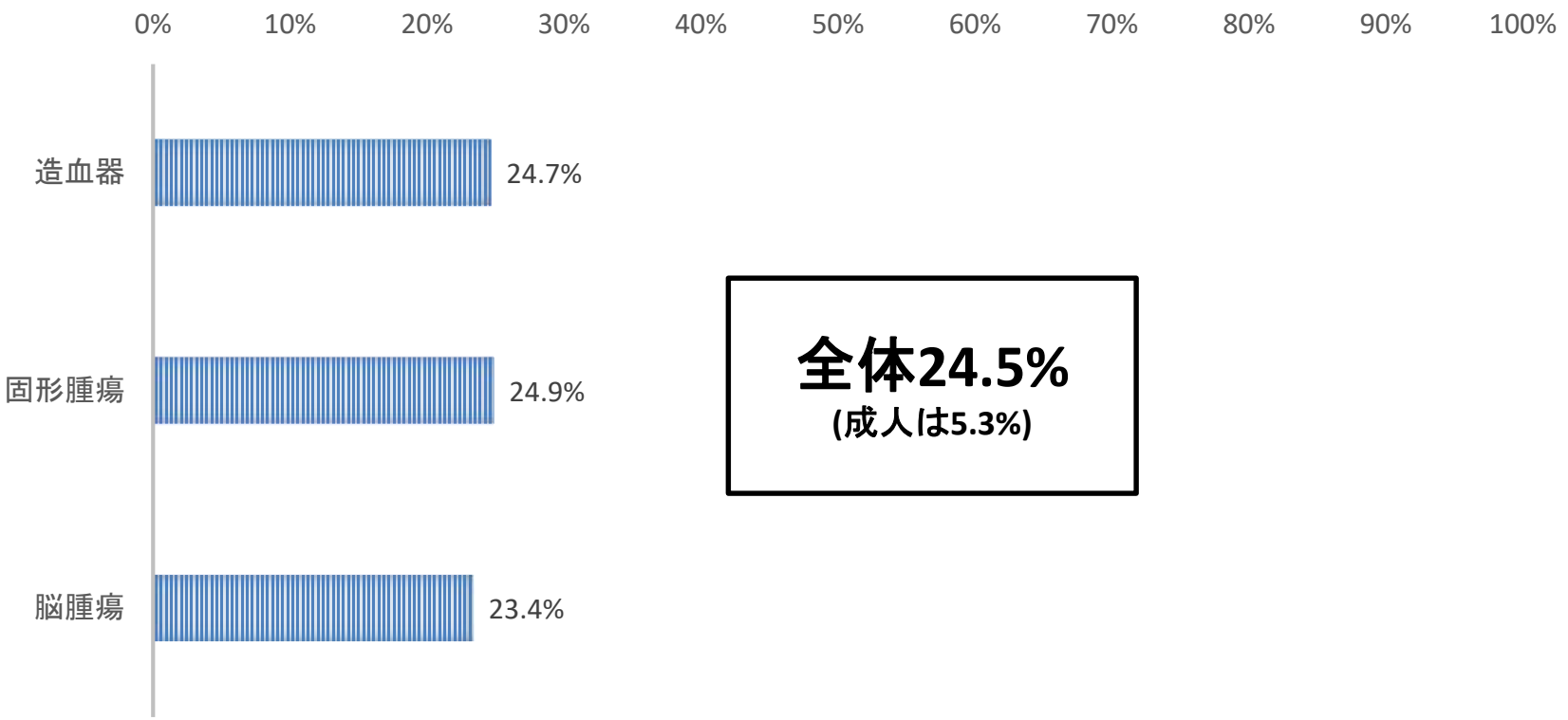
| | 小学校 | 中学校 | 高等学校 | その他 |
|---|---|---|---|---|
| 転校 | 167　(81.1%) | 70　(59.3%) | 14　(17.5%) | 7 (19%) |
| 休学 | 34　(16.5%) | 43　(36.4%) | 49　(61.3%) | 19(53%) |
| 退学 | 1　(0.5%) | 1　(0.8%) | 7　(8.8%) | 7 (19%) |
| その他 | 4　(1.9%) | 4　(3.4%) | 10　(12.5%) | 3 (8%) |



# 社会とのつながり（偏見）

周囲の人ががんに対する偏見を持っている(問40-3)



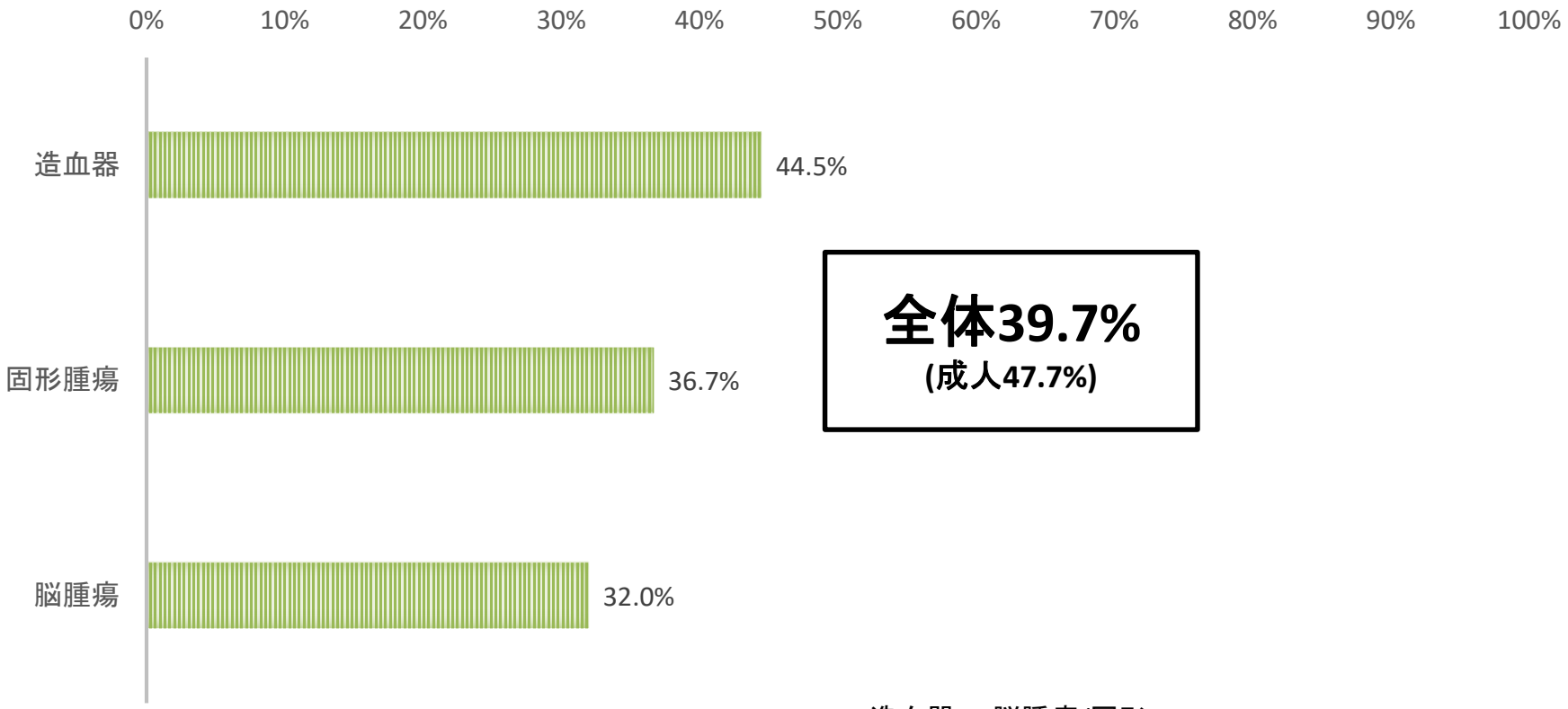

**全体24.5%**
**(成人は5.3%)**

313

3群　P=0.94

# 家族への支援

がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分にある(問40-2)

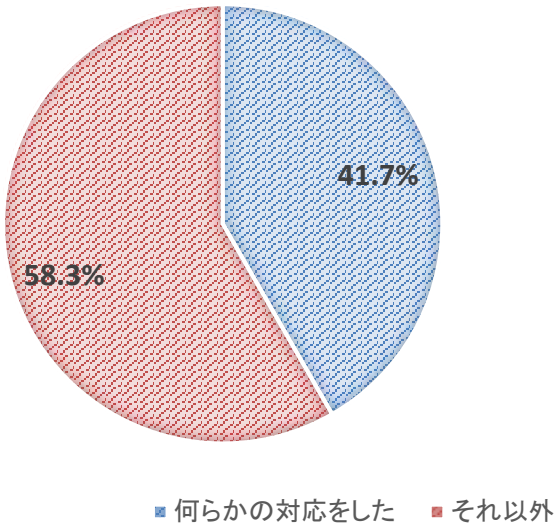



造血器 vs 脳腫瘍/固形 P<0.05

314

# 経済的負担

医療費を確保するため何らかの影響があった（何らかの対応を行った）(問17)

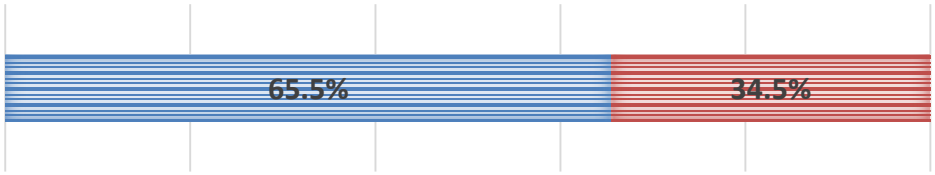



| 選択肢（複数回答有） | 小児調査 割合 | 成人調査 割合（参考） |
|---|---|---|
| 日常生活における食費、衣料費を削った | 22.9% | 8.0% |
| 受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送った | 0.5% | 1.1% |
| 主治医に処方薬や治療法を安価なものに変更してもらった | 0.7% | 2.5% |
| 治療頻度や治療内容（薬など）を主治医に相談せずに自分で減らした | 0% | 0.3% |
| 長期に貯蓄していた貯金を切り崩した | 26.4% | 20.0% |
| 収入を増やすため、家族が仕事を増やした、あるいは働くようになった | 3.8% | 1.8% |
| 親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む） | 12.9% | 3.6% |
| 車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した | 1.2% | 0.8% |
| 家族の進学先を変更した（進学をやめた/転校した） | 1.5% | 0.1% |
| その他 | 2.3% | 0.5% |
| 上記のようなことは無かった | 58.3% | 73.1% |

☑経済的負担軽減のため何らかの制度を利用した人**99.1%**（問18）

- 小児慢性特定疾病医療費助成 (87.0%)
- 生命保険・民間保険(40.1%)
- 特別児童扶養手当(32.5%)
- 高額療養費制度(31.5%)
- 乳幼児等に係る医療費の援助(31.1%)等

仕事や働き方を変えた(問30)




315

# ありがとうございました

今回の患者体験調査/小児患者体験調査に、
ご協力いただいた関係者・施設・回答者の皆様に
この場を借りて心より感謝申し上げます。

| 第１回　がんの緩和ケアに係る部会 | 参考資料３ |
| --- | --- |
| 令和３年７月２日 | |

# 遺族調査の結果概要

# 人生の最終段階の療養生活の状況や受けた医療に関する全国調査（2018年度）

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん医療支援部長　加藤雅志

# 調査概要

| | |
|---|---|
| 目的 | わが国の人生の最終段階の療養生活の質と医療の質を<br>明らかにする |
| 調査期間 | 2019年1-3月 |
| 方法 | 郵送による質問紙調査 |
| 対象者 | 2017年に以下の疾患で死亡した患者の遺族　50,021名<br>悪性新生物・心疾患・脳血管疾患・肺炎・腎不全 |
| 抽出方法 | 人口動態調査　死亡票情報より2017年の死亡登録者から、<br>死因および死亡場所別、都道府県別（がん・心疾患）に<br>無作為抽出 |

# 死亡数

| | がん | 心疾患 | 脳血管疾患 | 肺炎 | 腎不全 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 死亡数* | 369,837 | 201,010 | 108,656 | 96,182 | 24,849 | 800,534 |
| 死亡場所内訳 | | | | | | |
| 病院 | 313,108 | 139,873 | 83,646 | 87,129 | 20,962 | 644,718 |
| (内 PCU†) | (61,104) | | | | | |
| 施設 | 13,183 | 17,502 | 13,607 | 6,162 | 2,187 | 52,641 |
| 在宅 | 43,546 | 43,635 | 11,403 | 2,891 | 1,700 | 103,175 |

* 調査対象の母集団：2017年人口動態調査に基づく死亡年齢20歳以上の国内死亡者数

† ホスピス緩和ケア協会加盟施設の2017年緩和ケア病棟死亡者数に緩和ケア病棟届出施設の病床数カバー率で調整した推定値

# 回答数

| | がん | | 心疾患 | | 脳血管疾患 | | 肺炎 | | 腎不全 | | 合計 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 発送数 | 25,974 | | 15,047 | | 3,000 | | 3,000 | | 3,000 | | 50,021 | |
| 不達数 | 3,330 | (13) | 2,979 | (20) | 595 | (20) | 481 | (16) | 463 | (15) | 7,848 | (16) |
| 有効回答数* | 12,900 | (57) | 5,003 | (41) | 1,043 | (43) | 1,176 | (47) | 1,187 | (47) | 21,309 | (51) |
| 死亡場所内訳 | | | | | | | | | | | | |
| 病院 | 4,712 | | 2,008 | | 402 | | 396 | | 369 | | 7,887 | |
| （内 PCU†） | (947) | | | | | | | | | | | |
| 施設 | 2,824 | | 1,651 | | 363 | | 349 | | 386 | | 5,573 | |
| 在宅 | 5,364 | | 1,344 | | 278 | | 431 | | 432 | | 7,849 | |

*有効回答数の割合は、有効回答数/(発送数－不達数）で算出
†PCU: Palliative Care Unit (ホスピス緩和ケア病棟)

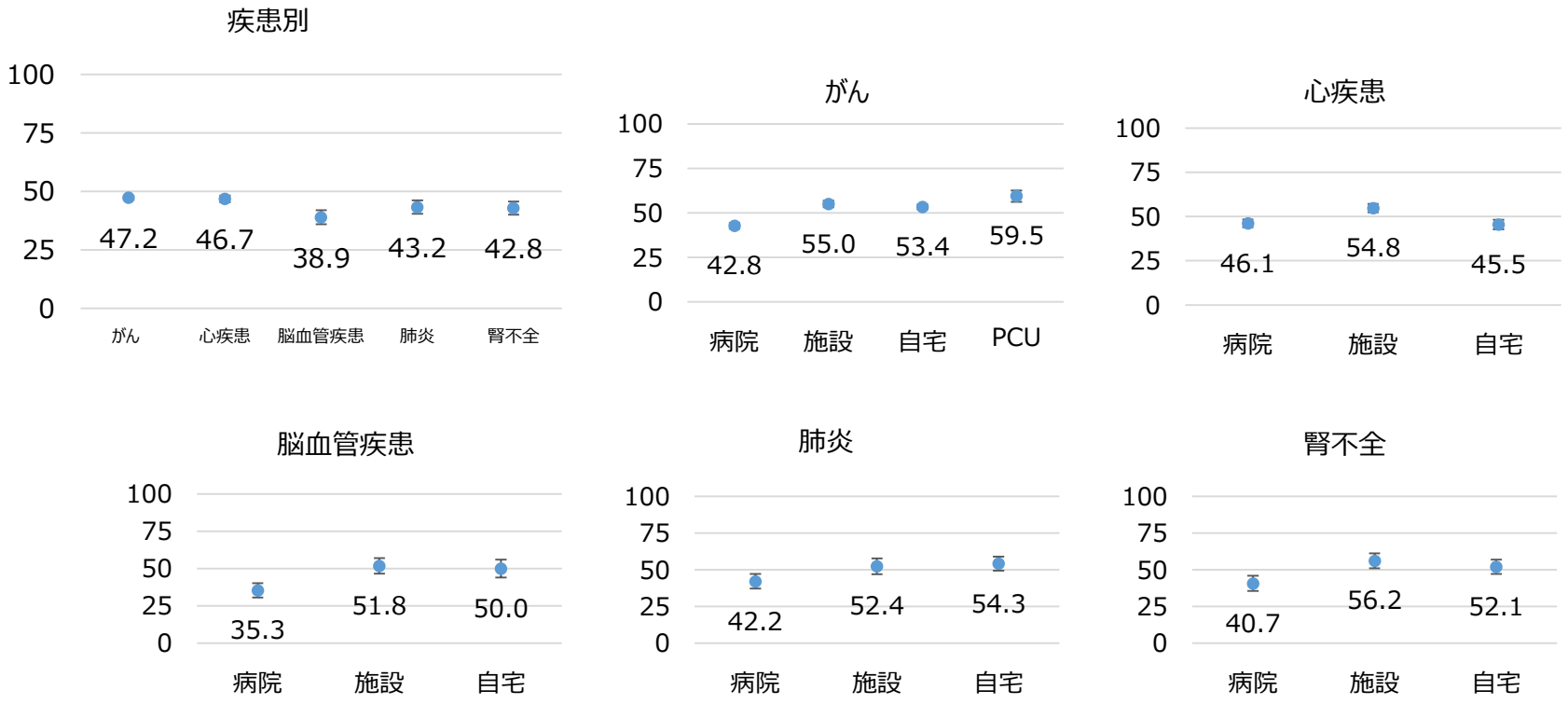
320

# 3015　療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質

## 痛みが少なく過ごせた

「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間




疾患別，がん・心疾患の死亡場所別は推定値，脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みが少ない状態で過ごしていた方は47%であった。

## 3015　療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質

# 痛みが少なく過ごせた

回答分布 推定値(%)

| | がん (n=12,900) | 心疾患 (n=5,003) | 脳血管疾患 (n=1,043) | 肺炎 (n=1,176) | 腎不全 (n=1,187) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.全くそう思わない | 7.5 | 2.6 | 3.6 | 5.0 | 6.1 |
| 2.そう思わない | 11.6 | 6.9 | 5.7 | 7.1 | 12.0 |
| 3.あまりそう思わない | 10.1 | 6.8 | 6.0 | 5.7 | 9.5 |
| 4.どちらともいえない | 11.3 | 9.0 | 6.6 | 11.3 | 10.3 |
| 痛みあり　合計 | 40.4 | 25.3 | 22.0 | 29.1 | 37.8 |
| 5.ややそう思う | 15.9 | 12.1 | 10.1 | 12.6 | 14.3 |
| 6.そう思う | 25.9 | 29.4 | 24.5 | 26.1 | 24.8 |
| 7.とてもそう思う | 5.4 | 5.3 | 4.4 | 4.5 | 3.7 |
| 痛みなし　合計 | 47.2 | 46.7 | 38.9 | 43.2 | 42.8 |
| 欠損 | 3.9 | 11.1 | 12.8 | 8.6 | 6.9 |
| わからない | 8.5 | 16.9 | 26.3 | 19.2 | 12.5 |

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みを感じていた方は40%であった。

# （がん）亡くなる1週間前に「痛み」があった理由

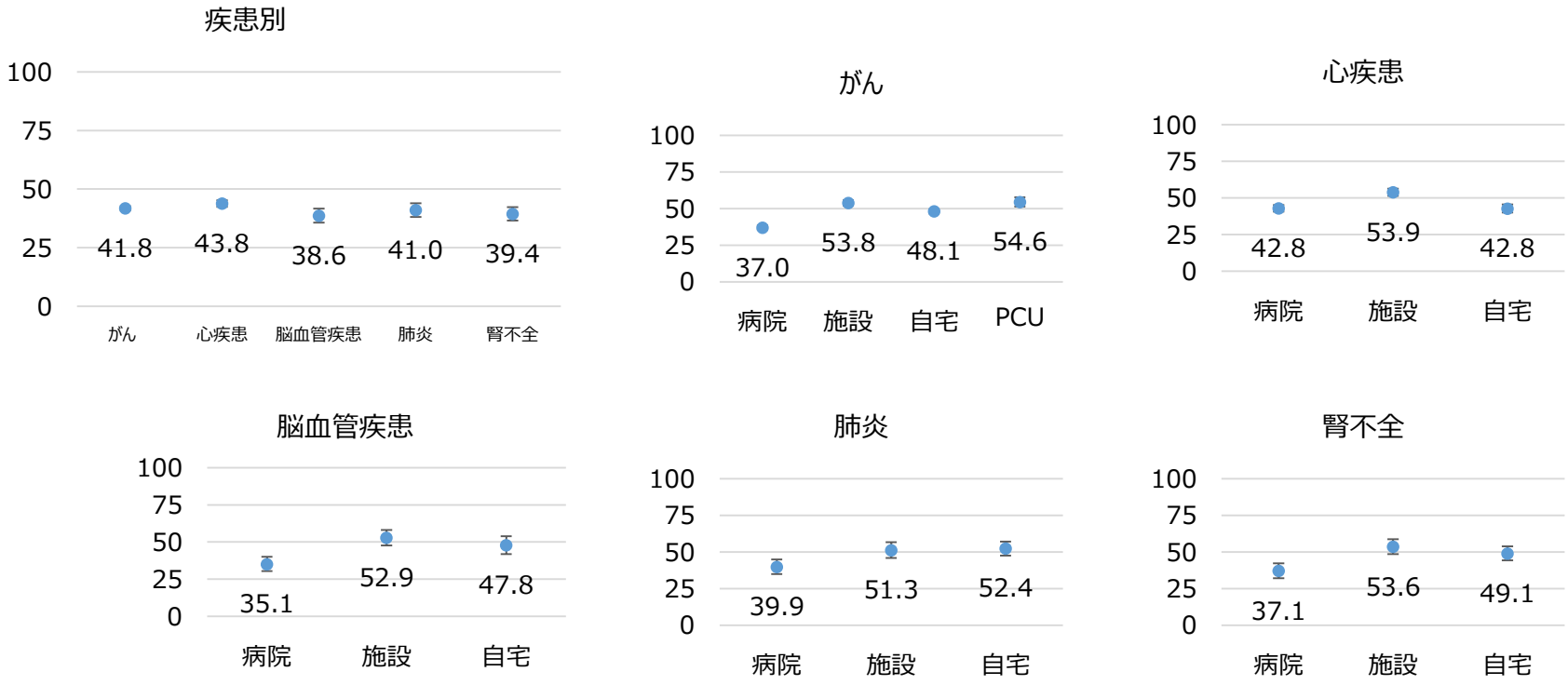
痛みの強さが「少し」~「とてもひどい」と回答した方

n=7,473

| （複数選択可） | n | (%) |
|---|---|---|
| 医師はある程度は痛みに対処してくれたが、不十分だった | 1,545 | (21) |
| 医師の診察回数や診察時間が不十分だった | 644 | (9) |
| 医師が苦痛について質問しなかったので、痛みを伝えられなかった | 183 | (2) |
| 診療する医師が決まっていなかったため（複数いたなど）、その場その場の対処となり、痛みは取れなかった | 171 | (2) |
| 医師に痛みを伝えたが、対処してくれなかった | 148 | (2) |
| 医師は話しにくい雰囲気があり、痛みを伝えられなかった | 126 | (2) |
| その他 | 2,498 | (33) |
| わからない | 1,359 | (18) |

# 3015　療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

## 亡くなる前1カ月間の療養生活の質
## からだの苦痛が少なく過ごせた
「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間




疾患別，がん・心疾患の死亡場所別は推定値，脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みを含むからだの苦痛が少ない状態で過していた方は42%であった

## 3015　療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質

# からだの苦痛が少なく過ごせた

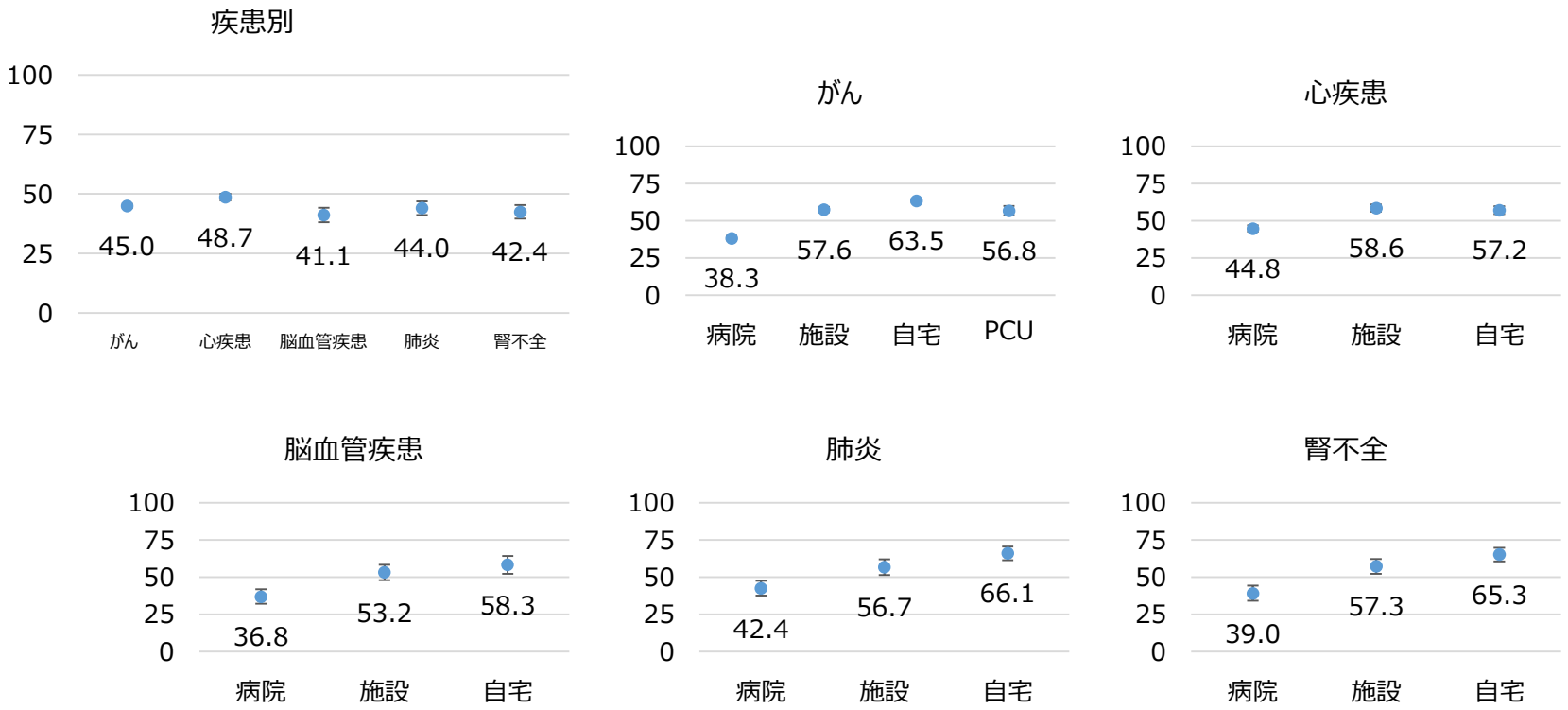
回答分布　推定値 (%)

| | がん (n=12,900) | 心疾患 (n=5,003) | 脳血管疾患 (n=1,043) | 肺炎 (n=1,176) | 腎不全 (n=1,187) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.全くそう思わない | 8.6 | 3.3 | 3.8 | 5.2 | 7.5 |
| 2.そう思わない | 13.6 | 8.4 | 8.4 | 9.7 | 14.8 |
| 3.あまりそう思わない | 12.5 | 8.2 | 6.7 | 8.5 | 10.9 |
| 4.どちらともいえない | 12.5 | 10.3 | 7.1 | 12.5 | 10.5 |
| 苦痛あり　合計 | 47.2 | 30.3 | 26.1 | 36.0 | 43.8 |
| 5.ややそう思う | 17.9 | 13.3 | 13.0 | 14.5 | 14.1 |
| 6.そう思う | 20.2 | 26.0 | 22.0 | 23.0 | 22.3 |
| 7.とてもそう思う | 3.7 | 4.5 | 3.6 | 3.5 | 3.0 |
| 苦痛なし　合計 | 41.8 | 43.8 | 38.6 | 41.0 | 39.4 |
| 欠損 | 4.0 | 11.4 | 12.1 | 8.8 | 8.4 |
| わからない | 7.0 | 14.6 | 23.1 | 14.1 | 8.4 |

がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みを含むからだの苦痛を感じていた方は47%であった

# 3016 療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合

## 亡くなる前1カ月間の療養生活の質
## おだやかな気持ちで過ごせた
「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間




疾患別，がん・心疾患の死亡場所別は推定値，脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなる1カ月間、穏やかな気持ちで過ごしていた方は45%であった。

# 3016 療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質

## おだやかな気持ちで過ごせた

回答分布 推定値(%)

| | がん (n=12,900) | 心疾患 (n=5,003) | 脳血管疾患 (n=1,043) | 肺炎 (n=1,176) | 腎不全 (n=1,187) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.全くそう思わない | 6.8 | 2.4 | 3.5 | 4.3 | 6.0 |
| 2.そう思わない | 10.0 | 7.1 | 5.9 | 8.8 | 9.7 |
| 3.あまりそう思わない | 10.6 | 7.1 | 8.0 | 7.2 | 11.4 |
| 4.どちらともいえない | 14.9 | 11.0 | 8.5 | 12.9 | 13.7 |
| 気持ちのつさらあり合計 | 42.3 | 27.5 | 25.9 | 33.2 | 40.8 |
| 5.ややそう思う | 17.3 | 14.6 | 12.6 | 13.8 | 14.5 |
| 6.そう思う | 21.8 | 26.8 | 23.4 | 26.1 | 22.2 |
| 7.とてもそう思う | 5.9 | 7.3 | 5.1 | 4.1 | 5.8 |
| 穏やかに過ごせた合計 | 45.0 | 48.7 | 41.1 | 44.0 | 42.4 |
| 欠損 | 4.1 | 10.6 | 13.3 | 7.7 | 6.8 |
| わからない | 8.6 | 13.2 | 19.7 | 15.0 | 9.9 |

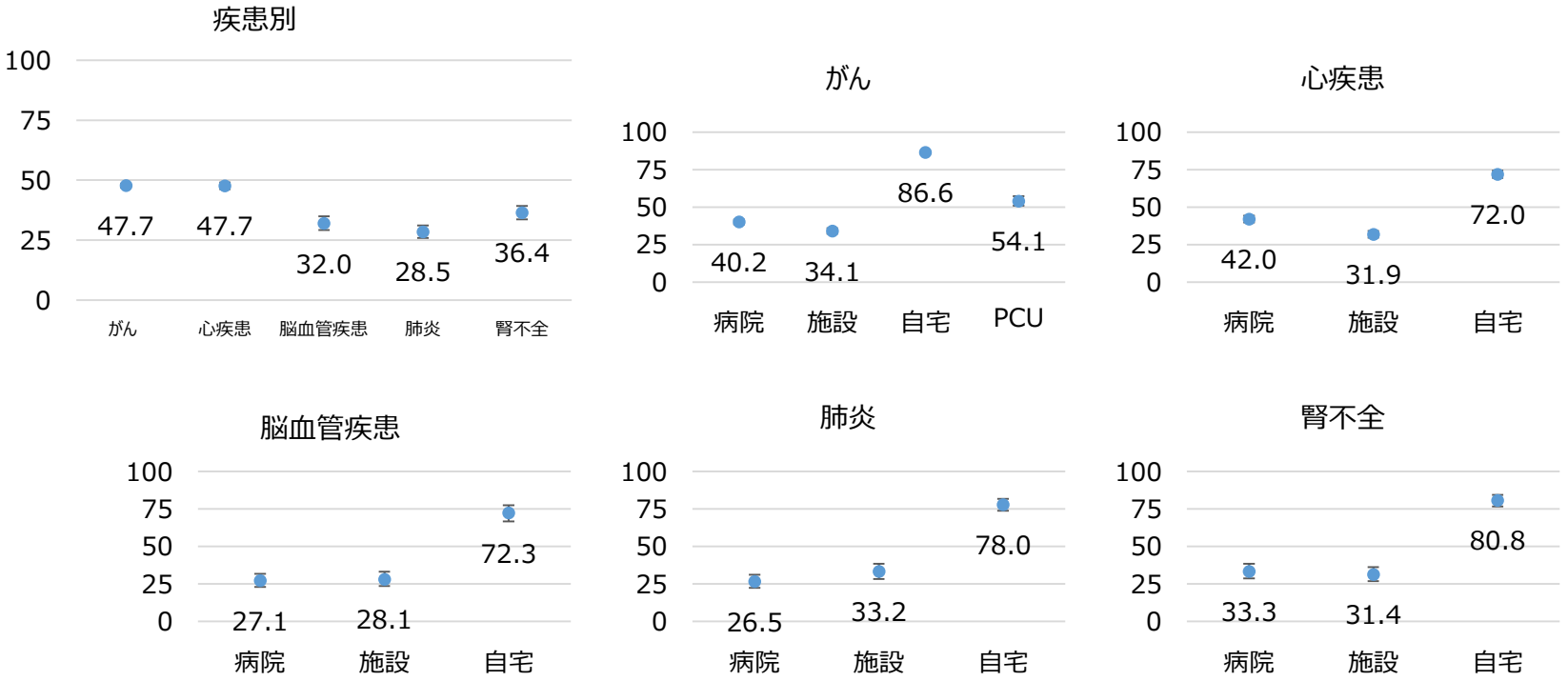
がん患者では、亡くなる1カ月間、気持ちのつらさを感じていた方は42%であった。

# 3034　望んだ場所で過ごせたがん患者の割合

亡くなる前1カ月間の療養生活の質

## 望んだ場所で過ごせた

「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合 (%), 95%信頼区間

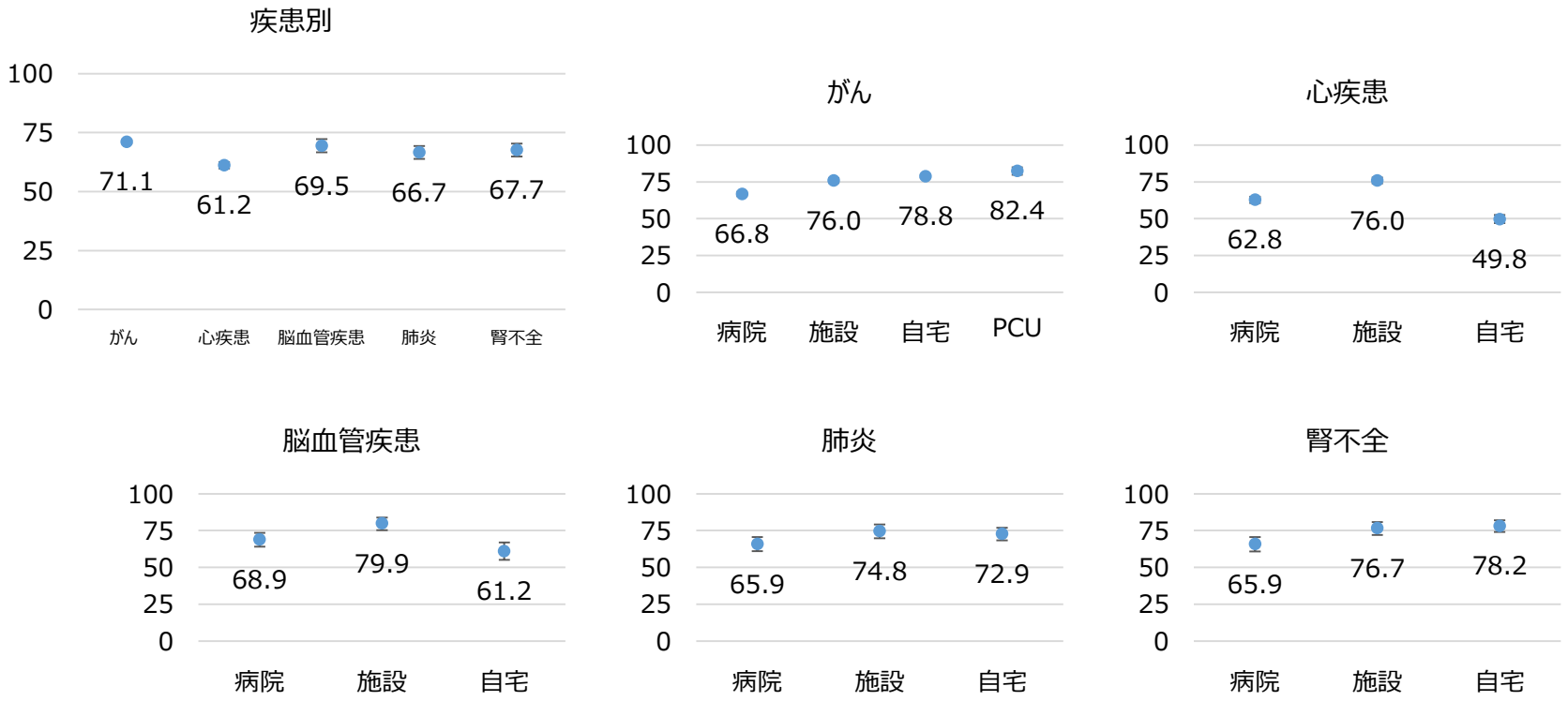



疾患別，がん・心疾患の死亡場所別は推定値，脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、最期を望んだ場所で過ごしていた方は48%であった。
自宅で亡くなった患者の方が「望んだ場所で過ごせた」と回答した割合が高かった

# 3033　在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度

## 亡くなった場所で受けた医療に対する全般的満足度
「やや満足」～「非常に満足」の回答割合 (%), 95%信頼区間




疾患別，がん・心疾患の死亡場所別は推定値，脳血管疾患・肺炎・腎不全の死亡場所別は実測値を示す

がん患者では、亡くなった場所で受けた医療に全般的に満足していた方は71%であった。

# 考察

- 調査では、21,309名（回答率51%）と多くの遺族の方々のご理解・ご協力が得られた。
- がん患者では、亡くなる前1カ月間、痛みが少ない状態で過ごしていた者は47%であり、痛みを感じていた者は40%と、今後も更なる対策が必要であると考えられた。専門家ではない遺族からの視点ではあるが、主な痛みの理由には、医師は痛みに対処をしたが不十分であったことや、診療回数・時間が不十分であることが挙げられており、医療者の対応により改善できる可能性があることが示唆された。
- がん患者では、亡くなる1カ月間、穏やかな気持ちで過ごしていた者は45%であり、気持ちのつらさを感じていた者は42%と、精神心理的な面についても対策が必要であると考えられた。
- がん患者では、亡くなる前1カ月間、望んだ場所で過ごしていた者は48%であり、自宅で亡くなった患者では87%と高かった。病院では40%と自宅と比べると低い数字ではあるが、病院で過ごすことを望む患者も一定数いることが示された。
- 亡くなった場所で受けた医療については、がん患者では71%が満足していたが、満足が得られなった方々の医療を改善するため、症状緩和の普及や治療方法の開発について、より一層の対策が必要であることが示唆された。また、自宅で亡くなったがん患者では79%であり、病院の67%と比較して高く、患者の背景についても考慮する必要はあるが、自宅でも満足できる医療が受けられていることが示唆された。
- また、家族の介護負担や死別後も含めた精神的な負担があることも示されており、遺族ケアなど家族に対する支援体制の整備も必要であることが示唆された。

資料１８-(3)

令和３年６月 18 日（金）
16 時 00 分～18 時 00 分
オ ン ラ イ ン 開 催
(主婦会館プラザエフ　7F　カトレア)

# 第１回　　第８次医療計画等に関する検討会

## 議　事　次　第

１．座長の選出

２．第８次医療計画の策定に向けた検討について

【資料】
資料１　第８次医療計画等に関する検討会　開催要綱
資料２　第８次医療計画の策定に向けた検討について

【参考資料】
参考資料１　医療計画について（平成 29 年３月 31 日付　医政発 0331 第 57 号）
参考資料２　疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成 29 年３月 31 日付　医政指発 0331 第３号）

令和３年６月18日　　第１回第８次医療計画等に関する検討会

厚生労働省出席者名簿

【医政局】

| | |
|---|---|
| 医政局長 | 迫井　正深 |
| 大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）（老健局、保険局併任） | 間　隆一郎 |
| 総務課長 | 熊木　正人 |
| 医療政策企画官 | 高宮　裕介 |
| 保健医療技術調整官 | 北原　加奈子 |
| 課長補佐 | 川本　めぐみ |
| 地域医療計画課長 | 鈴木　健彦 |
| 医師確保等地域医療対策室長 | 有賀　玲子 |
| 課長補佐 | 小川　善之 |
| 課長補佐 | 佐藤　理 |

【保険局】

| | |
|---|---|
| 医療介護連携政策課長 | 山下　護 |
| 医療課長 | 井内　努 |

| 第１回第８次医療計画等に関する検討会 | 参考資料 |
|---|---|
| 令和３年６月１８日 | １ |

医政発0331第57号
平成29年3月31日
一部改正　医政発0731第4号
平成29年7月31日
一部改正　医政発0413第1号
令和2年4月13日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長
（公印省略）

医療計画について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）が平成26年６月に成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第２条第１項に規定する地域包括ケアシステムをいう。以下同じ。）を構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）が改正され、地域医療構想（法第30条の４第２項第７号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）が導入された。

地域医療構想において、都道府県は、二次医療圏（法第30条の４第２項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。）を基本とした構想区域（同項第７号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとに、2025年の病床の機能区分（法第30条の13第１項に規定する病床の機能区分をいう。以下同じ。）ごとの病床数の必要量とその達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項を定めることとされており、平成28年度末までに、全ての都道府県において地域医療構想を策定されたことから、今後は、地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。

今般の医療計画の策定に当たっては、平成28年５月より開催した、医療計画の見直し等に関する検討会における意見のとりまとめ等を踏まえ、

①　急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築
②　疾病・事業横断的な医療提供体制の構築
③　５疾病・５事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化
④　介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保

などの観点から、法第30条の３第１項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行うとともに、別紙「医療計画作成指針」（以下「指針」という。）の見直しを行った。

都道府県においては、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくこと及び

地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。また、そのために必要な人材の育成を継続的に行っていくことも重要である。

また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成９年法律第123号）第118条第１項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第１項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。

都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。

なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記す。

記

## １　医療計画の作成について

医療計画の作成に当たっては、指針を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の実情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行うこと。

## ２　医療連携体制について

(1)　医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病（以下「５疾病」という。）、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の５事業（以下「５事業」という。）並びに在宅医療を医療計画に定めることとする。

なお、ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頚部骨折等については、５疾病に加えることとはしないものの、その対策については、他の関連施策と調和を図りつつ、疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した総合的な対策を講じること。

５疾病・５事業及び在宅医療については、施策や事業の結果（アウトプット）のみならず、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））に対してどれだけの影響（インパクト）を与えたかという観点から施策及び事業の評価と改善を行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくこととし、全都道府県共通の指標を用いることなどにより、医療提供体制に関する現状を把握し、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年３月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」（以下「疾病・事業及び在宅医療指針」という。）で述べる５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向の各事項を踏まえて、対策上の課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの

進捗状況の評価等を実施する。

第７次医療計画における指標は、医療計画の実効性をより一層高めるために政策循環の仕組みを強化するとともに、共通の指標により現状把握を行うことで、都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較できるようなものとするため、指標を見直すこと。なお、指標については、疾病・事業及び在宅医療指針を参照すること。

(2)　急速な高齢化の進展の中で、疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下、医療機関及び関係機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。また、医療及び介護を取り巻く地域ごとの多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく上でも、医療機関と関係機関との連携は重要である。

## ３　医療従事者の確保等の記載事項について

(1)　法第30条の４第２項第10号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、法第30条の23第１項の規定に基づき、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関で勤務する医師のキャリア形成に係る不安の解消に向けて、大学等の関係機関と緊密に連携しつつ、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師の確保を支援する取組が必要であり、都道府県においては、地域医療支援センター等を活用して、必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上推進していくことが必要であること。

(2)　法第30条の４第２項第11号の医療の安全の確保については、医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこと。

また、CT、MRI等の医療機器を有する診療所については、当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況について、定期的に報告を求めること。

(3)　法第30条の４第３項第１号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療提供施設の機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとすること。

## ４　基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

(1)　法第30条の４第２項第14号に規定する基準病床数の算定は、病院の病床及び診療所の病床（以下「病院の病床等」という。）に対して行うものであること。

なお、基準病床数並びに二次医療圏及び三次医療圏（同項第13号に規定する区域

をいう。）の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること。

(2)　既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。

　特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20％未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20％以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

　また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必要な見直しを行うこと。

(3)　法第30条の４第７項及び第８項の規定による特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不適当である場合、特殊な疾病にり患する者が異常に多い場合等病床に対する特別の需要があると認められる場合に行うものとすること。

　なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討するとともに、同条第７項の規定による特例で対応すること。

(4)　法第30条の４第９項の規定による特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床等、特に今後各区域において整備する必要があるものに限り、各区域において基準病床数を超える病床が存在する等の場合でも必要に応じ例外的に整備できるものであること。

　この場合において、特例の対象とされる数は、当該申請に係る病床と機能及び性格を同じくする既存の病床数等を勘案し、必要最小限とすること。

　なお、これらの特例の対象となった病床については、既存病床数として算定するものであること。

(5)　法第30条の４第10項の規定による特例は、地域医療連携推進法人（法第70条の５第１項に規定する地域医療連携推進法人をいう。以下同じ。）の参加法人（法第70条第１項に規定する参加法人をいう。以下同じ。）同士又は同一参加法人内で、地域医療構想の達成を推進するために必要なものであり、病床数の合計が増加しておらず、地域医療連携推進法人の地域医療連携推進評議会（法第70条の３第１項第１号に規定する地域医療連携推進評議会をいう。）の意見を聴き、また、当該意見を尊重した上で行われる場合に実施できるものであること。

　なお、必要な病床数を認めるに当たっては、病院の病床等の増加等の申請に係る構想区域における地域医療構想調整会議（法第30条の14第１項に規定する協議の場をいう。）の協議の方向性に沿ったものであることを確認すること。

(6)　法第30条の４第７項から第10項までの規定による特例については、都道府県医療審議会に諮ること。

この場合、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠を明らかにして当該都道府県医療審議会の意見を聴くものとすること。

また、前記の規定（法第30条の４第10項の規定を除く。）に基づき、特例としての取扱いを受ける数について厚生労働大臣に協議するときは、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠等を記載した申請書(別紙様式１、２)に当該都道府県医療審議会の意見を附すること。

(7)　都道府県において療養病床及び一般病床の整備を行う際には、地域医療構想の達成に向けた取組と整合的なものとなるよう、既存病床と基準病床数の関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえて対応すること。具体的には「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」（平成 29 年 6 月 23 日付け医政地発 0623 第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）における留意事項を参照すること。

## ５　既存病床数及び申請病床数について

(1)　医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の33第１項第１号により国の開設する病院又は診療所であって宮内庁、防衛省等の所管するもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院又は診療所等の病床について、既存病床数及び当該申請に係る病床数の算定に当たり、当該病床の利用者のうち、職（隊）員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者等の部外者が占める率による補正を行うこととしているのは、それらの病院又は診療所の病床については部外者が利用している部分を除いては、一般住民に対する医療を行っているとはいえないからであること。

なお、当該病院又は当該診療所の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとすること。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とすること。

(2)　放射線治療病室の病床については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、これを既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものとすること。

無菌病室、集中治療室（ICU）及び心臓病専用病室（CCU）の病床については、 専ら当該病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所（以下「病院等」という。）内に別途確保されているものは、既存の病床数として算定しないものとしていたが、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第27号。以下「改正省令」という。）による改正により、平成30年４月１日以降はこれまで既存の病床数として算定していなかったものを含めて、全て既存の病床数として算定すること。

(3)　国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床数に算定しないこと。

(4)　心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第16条第１項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床数に算定しないこと。

(5)　診療所の一般病床のうち、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）附則第３条第３項に定める「特定病床」については、別途政令で定める日までの間、既存の病床数に算定しないこと。

(6)　平成30年４月１日以降、診療所の療養病床又は一般病床について、改正省令による改正後の規則第１条の14第７項第１号又は第２号に該当する診療所として都道府県医療審議会の議を経たときは、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるが、既存の病床数の算定に当たっては当該届出病床も含めて算定を行うこと。

## 6　医療計画の作成手順等について

(1)　法第30条の４第12項の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針第九に掲げる方針等が該当すること。

(2)　法第30条の４第13項の規定において、都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うこと。

　これは、５疾病・５事業及び在宅医療に係る医療連携体制の構築など、施策の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められているものである。

(3)　法第30条の４第14項の「診療又は調剤に関する学識経験者の団体」としては、都道府県の区域を単位として設立された医師会、歯科医師会及び薬剤師会が考えられること。

(4)　法第30条の４第15項の規定により、医療計画の作成等に関して、都道府県ごとに設けられている保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第157条の２第１項に規定する協議会をいう。）の意見を事前に聴くこと。

(5)　法第30条の４第16項の規定における医療計画の変更とは、法第30条の６の規定に基づく変更をいうものであり、例えば、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制において、医療機能を担う医療提供施設を変更する場合などは、この規定に基づく医療計画の変更には当たらないこと。

(6)　医療計画については、法第30条の６の規定に基づき、６年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。また、在宅医療その他必要な事項については、３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。

(7)　医療計画、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、医療介護総合確保方針第２の二の１に規定する協議の場を設置すること。

　また、病床の機能分化・連携に伴い生じる、介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性の確保が重要であることから、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において、必要な事項についての協議を行うこと。

## 7　医療計画の推進について

(1)　法第30条の７第１項において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるとともに、同条第２項において、必要な協力をするに際しては、他の医療提供施

設との業務の連携を図りつつ、それぞれ定められた役割を果たすよう努めるものとされていること。また、同条第３項において、病院又は診療所の管理者は在宅医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされていること。

(2)　法第30条の７第４項の規定に基づく病院の開放化については、単に病床や医療機器の共同利用にとどまらず、当該病院に勤務しない地域の医師等の参加による症例の研究会や研修会の開催までを含めた広義のものであること。

また、医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること。

(3)　法第30条の９の規定に基づく国庫補助については、医療計画の達成を推進するために、医療計画の内容を考慮しつつ行うこととしていること。

(4)　医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わないこととしていること。

## ８　都道府県知事の勧告について

(1)　法第30条の11の「医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合」とは、原則として法第７条の２第１項各号に掲げる者以外の者が、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請をした場合において、その病床の種別に応じ、その病院又は診療所の所在地を含む二次医療圏又は都道府県の区域における既存の病床数が、医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している場合又はその病院又は診療所の開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいうものであること。

また、「病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告する」とは、それぞれの行為の中止又はそれぞれの行為に係る申請病床数の削減を勧告することをいうものであること。なお、都道府県知事は、勧告を行うに先立ち、病院又は診療所を開設しようとする者に対し、可能な限り、他の区域における病院又は診療所の開設等について、助言を行うことが望ましいものであること。

(2)　法第30条の11の規定に基づく勧告は、法第７条の許可又は不許可の処分が行われるまでの間に行うものであること。

(3)　精神病床、結核病床及び感染症病床については、都道府県の区域ごとに基準病床数を算定することとされているが、これらの病床が都道府県の一部に偏在している場合であって、開設の申請等があった病院の所在地を含む二次医療圏及びこれと境界を接する他の二次医療圏（他の都道府県の区域内に設定された二次医療圏を含む。）の内にその申請に係る種別の病床がないときは、当該都道府県の区域における病院の病床数が医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している等の場合であっても勧告の対象としないことが適当と考えられること。なお、その際には都道府県医療審議会の意見を聴くこと。

(4)　病院又は診療所の開設者に変更があった場合であっても、その前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(5)　病院又は診療所が移転する場合であっても、その前後で、その病院又は診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数並びに都道府県内の精神病床、

結核病床又は感染症病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

なお、特定病床を有する診療所が移転する場合、その診療所が存在する二次医療圏内の既存病床数は当該特定病床分増加することとなるが、移転の前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないものとする。

(6) 病院を開設している者がその病院を廃止し、当該病院を開設していた場所において診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(7) 国（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構、独立行政法人海技教育機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センター、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター及び国立大学法人を含む。以下同じ。）の開設する病院又は診療所については、法第６条に基づく医療法施行令（昭和23年政令第326号）第３条の規定により、法第30条の11の規定は適用されないこと。

なお、国が病院を開設し、若しくはその開設した病院につき病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更し、又は診療所に病床を設け、若しくは診療所の病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更しようとするときは、「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年３月19日閣議決定）又は法第７条の２第８項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとすること。

(8) 医育機関に附属する病院を開設しようとする者又は医育機関に附属する病院の開設者若しくは管理者に対して勧告しようとするときは、大学における医学又は歯学に関する教育研究に係る立場から、意見を述べる機会を与えることが望ましいものであること。

(9) 平成30年４月１日以降、診療所の療養病床又は一般病床の設置について、改正省令による改正後の規則第１条の14第７項第１号又は第２号に該当する次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会の議を経た場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならないこと。

なお、次の診療所については、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成18年12月27日付け医政発第1227017号厚生労働省医政局長通知）における留意事項を参照されたい。

① 法第30条の７第２項第２号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所

② へき地の医療、周産期医療、小児医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

## 9 公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制について

法第30条の４第16項の規定により医療計画が公示された日以降における法第７条の２第１項各号に掲げるものが開設する公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制は、当該医療計画に定める区域及び基準病床数を基準として行われるものであ

ること。

（別紙様式１、２）

（別紙）
医療計画作成指針

目次
はじめに
第１　医療計画作成の趣旨
第２　医療計画作成に当たっての一般的留意事項
　１　医療計画作成等に係る法定手続
　２　記載事項
　３　他計画等との関係
　４　医療計画の作成体制の整備
　５　医療計画の名称等
　６　医療計画の期間
第３　医療計画の内容
　１　医療計画の基本的な考え方
　２　地域の現状
　３　５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制
　４　疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療
　５　医療従事者の確保
　６　医療の安全の確保
　７　基準病床数
　８　医療提供施設の整備の目標
　９　地域医療構想の取組
　10　その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項
　11　施策の評価及び見直し
第４　医療計画作成の手順等
　１　医療計画作成手順の概要
　２　医療圏の設定方法
　３　基準病床数の算定方法
　４　病床数の必要量の算定方法
　５　介護保険事業(支援)計画との整合性の確保
　６　５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順
第５　医療計画の推進等
　１　医療計画の推進体制
　２　医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討
第６　医療計画に係る報告等
　１　医療計画の厚生労働大臣への報告
　２　法第27条の２第１項、第30条の11、第30条の12第２項及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告

はじめに

都道府県は、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めることとされているが、医療計画の作成の手法その他重要な技術的事項については、厚生労働大臣が都道府県に対し必要な助言をすることができることとされている。本指針は、そのような事項について都道府県の参考となるものを手引きの形で示したものである。

## 第１　医療計画作成の趣旨

我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。

特に、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病（以下「５疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている。

さらには、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の５事業（以下「５事業」という。）及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）についても、これらに対応した医療提供体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するためには、医療計画における政策循環の仕組みを一層強化することが重要となる。

具体的には、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））を踏まえた上で、医療提供体制に関する現状を把握し、現行の医療計画に対する評価を行い、目指すべき方向（５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向をいう。以下同じ。）の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態（アウトカム）、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。

都道府県には、５疾病・５事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）を構築するとともに、それをわかりやすく示すことにより、患者や住民が地域の医療機関ごとの機能分担の現状を理解し、病期に適した質の高い医療を受けられる体制を整備することが求められている。

なお、医療計画の作成に際して、医療や行政の関係者に加え、患者（家族を含む。以下同じ。）や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、課題の解決に向け、一体となって協議・検討を行うことは今後の医療の進展に大きな意義を有するものであ

る。このため、都道府県は、患者・住民の作業部会等への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

## 第２　医療計画作成に当たっての一般的留意事項

### １　医療計画作成等に係る法定手続

医療計画の作成等に関しては、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）に基づく次の手続きが必要である。

(1)　医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。

(2)　医療計画を作成するため、都道府県の区域を単位として設置された医師会、歯科医師会、薬剤師会等診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く。

(3)　医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、市町村（救急業務を処理する地方自治法（昭和22年法律第67号）第284条第１項に規定する一部事務組合及び広域連合を含む。以下同じ。）及び保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第157条の２第１項に規定する協議会をいう。以下同じ。）の意見を聴く。

(4)　医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴く。

(5)　医療計画を定め、変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともにその内容を公示する。

(6)　医療計画を作成し、施策を実施するために必要がある場合は、市町村、官公署、医療保険者、医療提供施設の開設者又は管理者に対して、医療機能に関する情報等必要な情報提供を求めることができる。

### ２　記載事項

次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

(1)　都道府県において達成すべき、５疾病・５事業及び在宅医療の目標に関する事項

(2)　５疾病・５事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項

(3)　医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項

(4)　医療従事者の確保に関する事項

(5)　医療の安全の確保に関する事項

(6)　病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項

(7)　基準病床数に関する事項

(8)　地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項

(9)　地域医療構想に関する事項

(10)　病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項

(11)　その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

### ３　他計画等との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に

関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努める。

また、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号。以下「医療介護総合確保法」という。）に定める総合確保方針及び都道府県計画並びに介護保険法（平成９年法律第123号）に定める基本方針、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図らなければならない。

なお、医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策としては、例えば次のようなものが考えられる。

(1)　過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）に基づく過疎地域自立促進計画

(2)　離島振興法（昭和28年法律第72号）に基づく離島振興計画

(3)　山村振興法（昭和40年法律第64号）に基づく山村振興計画

(4)　医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）第九に掲げる方針等

①　健康増進法（平成14年法律第103号）に定める基本方針及び都道府県健康増進計画

②　高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画

③　がん対策基本法（平成18年法律第98号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画

④　健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）に定める循環器病対策推進基本計画及び都道府県循環器病対策推進計画

⑤　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律123号）に定める指針

⑥　肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）に定める肝炎対策基本指針

⑦　難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）に定める基本方針

⑧　アレルギー疾患対策基本法（平成26年法律第98号）に定める基本指針

⑨　児童福祉法（昭和22年法律第164号）に定める基本的な方針

⑩　成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）に定める成育医療等基本方針

⑪　自殺対策基本法（平成18年法律第85号）に定める自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画

⑫　アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）に定めるアルコール健康障害対策推進基本計画及び都道府県アルコール健康障害対策推進計画

⑬　歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）に定める基本的事項

⑭　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画

## ４　医療計画の作成体制の整備

各種の調査及び医療計画の作成に当たっては、関係行政機関、医療関係団体等との協議の場を設けるなど関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。特に、５疾病・５事業及び在宅医療に係る医療連携体制については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に定める介護サービス事業者、患者・住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されることが重要である。

なお、法第30条の９に基づき厚生労働省が予算の範囲内で補助することとしている医療提供体制推進事業費補助金（医療連携体制推進事業）については、前述のような体制整備に活用できるものである。

### ５　医療計画の名称等

都道府県における医療計画の名称は 「○○県医療計画」とすることが望ましいが、法に基づく手続により作成され、法に基づく事項が記載されている計画であれば、例えば「○○県保健医療計画」のような名称のものであっても差し支えなく、また、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画であっても差し支えない。

### ６　医療計画の期間

医療計画については、６年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。また、在宅医療その他必要な事項については、３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。

## 第３　医療計画の内容

医療計画の内容は概ね次のようになると考えられるが、その構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、定めるものとする。

ただし、法第30条の４第２項において医療計画の記載事項とされているものについては、必ず記載するものとする。

### １　医療計画の基本的な考え方

医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

(1)　医療計画作成の趣旨

医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示する。

(2)　基本理念

基本方針との整合性に留意の上、都道府県における基本的な理念を記載する。

(3)　医療計画の位置付け

保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示する。

(4)　医療計画の期間

計画の対象期間を記載する。

なお、基準病床数について計画全体と異なる期間を対象とする場合には、その期間を付記する。

### ２　地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。その際、医療に関する

事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる。

参考として地域の現状に関する指標として考えられるものを次に示す。

(1) 地勢と交通

地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等

(2) 人口構造（その推移、将来推計を含む。）

人口、年齢三区分人口、高齢化率、世帯数等

(3) 人口動態（その推移、将来推計を含む。）

出生数、死亡数、平均寿命等

(4) 住民の健康状況

生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等

(5) 住民の受療状況

入院・外来患者数、二次医療圏（法第30条の４第２項第14号に規定する区域をいう。以下同じ。）又は都道府県内における患者の受療状況（流入患者割合（二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合をいう。以下同じ。）及び流出患者割合（二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流出入院患者割合をいう。以下同じ。）を含む。）、病床利用率、平均在院日数等

(6) 医療提供施設の状況

① 病院（施設数、病床種別ごとの病床数）

② 診療所（有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数）

③ 薬局

④ その他

## ３ ５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制については、基本方針第四で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。

具体的には、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) 住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、患者動向や医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状、(2) 成果を達成するために必要となる医療機能、(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策、(4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称、(5) 評価・公表方法等を記載する。

また、記載に当たっては、(6) 公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割、(7) 病病連携及び病診連携にも留意する。

さらに、特に必要な場合には、関係機関の役割として、(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割、(9) 薬局の役割、(10) 訪問看護ステーションの役割についても記載すること。

(1) 現状の把握

住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、受療動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報に基づき、地域の医療提供体制等の現状を記載する。

また、５疾病・５事業及び在宅医療については、全都道府県共通のストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を用いることで、住民の健康状態、医療提供体制の経年的な比較、あるいは医療圏間の比較や医療提供体制に関する

指標間相互の関連性なども明らかにする。

(2)　必要となる医療機能

例えば、脳卒中の病型ごとの年齢調整死亡率や急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要となる医療機能を、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにする。

(3)　課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) で把握した現状を分析し、地域の医療提供体制の課題を抽出する。第２の３に掲げる各計画等で定められた目標を勘案し、また、目指すべき方向を踏まえて、それぞれの課題を抽出し、さらに地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定めた上で、数値目標を達成するために必要な施策を記載する。施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしうるかという観点を踏まえる。

(4)　医療機関等の具体的名称

各医療機能を担う医療機関等については、原則として名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページのURLを医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

(5)　評価・公表方法等

５疾病・５事業及び在宅医療について、評価・公表方法及び見直しの体制を明らかにする。目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について、都道府県医療審議会等により定期的に実施し（１年ごとの実施が望ましい。）、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、必要に応じて施策の見直しを図ることが必要である。

なお、都道府県医療審議会等において評価等を行うに当たっては、その役割が発揮できるよう、委員の構成（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療保険者、医療を受ける立場にある者（患者等）、学識経験のある者）及び運営（作業部会の積極的な活用や患者を代表する委員への情報の提供等）について、適切に取り組むこと。

(6)　公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割

公的医療機関等（法第７条の２第１項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）及び医療法施行令（昭和23年政令第326号。以下「令」という。）第４条の６に掲げる独立行政法人（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構及び独立行政法人海技教育機構を除く。国立大学法人法施行令（平成15年政令第478号）第23条第２項において令第４条の６で定める独立行政法人とみなして、法第７条の２第７項の規定を準用する国立大学法人を含む。）が開設する医療機関（以下「公的医療機関等及び独法医療機関」という。）の役割や公的医療機関

等及び独法医療機関と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公立病院等公的医療機関（法第31条に規定する公的医療機関をいう。）については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第30条の４第２項第５号イからへまでに掲げる事業をいう。以下同じ。）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

なお、総務省が公表した「新公立病院改革ガイドライン」（平成27年３月）を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図るものとする。

また、社会医療法人については、救急医療等確保事業において積極的な役割を図ることとしていることから、認定を受けた事業全てにおいて社会医療法人であることを明確にすることが重要である。

(7)　病病連携及び病診連携

今後、地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療構想（法第30条の４第２項第７号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）における病床の機能分化・連携を進めていくこととしており、それぞれの医療機関が地域において果たす役割を踏まえ、地域全体で効率的・効果的な医療提供体制を構築していくことが必要である。医療計画においては、急性期から回復期・慢性期までの切れ目ない連携体制の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた体制の構築を進めていくことから、病病連携及び病診連携を、より一層進めることが必要となる。

なお、病病連携や病診連携など、医療機関及び関係機関との連携に当たって、効率的に患者の診療情報等を共有するため、情報通信技術（ICT）の活用も含めた検討を行うこと。

(8)　歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保法第２条第１項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携体制を構築することが重要である。特に、近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、各医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を明示するとともに、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対する医科歯科連携等を更に推進することが必要となる。

(9)　薬局の役割

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に提供し続ける体制を構築することが重要である。このため、地域の薬局では、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うこと、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが必要となる。

(10)　訪問看護ステーションの役割

住み慣れた地域で安心して健やかに暮らすためには、24時間切れ目のない医療サービスが提供されるとともに、医療機関と居宅等との間で、療養の場が円滑に移行できることが必要である。そのため、在宅において、患者の医療処置や療養生活の支援等のサービスを提供する訪問看護ステーションの役割は、重要である。

高齢多死社会を迎え、特に今後は在宅においても、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が必要である。また、日常的に医療を必要とする小児患者への対応についても、医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携を強化するなど充実することが必要である。

## 4　疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

５疾病・５事業以外で都道府県における疾病の発生の状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療について明記する。

## 5　医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項については、医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること及び都道府県が中心となって医師を地域の医療機関へ派遣する仕組みの再構築が求められていることを踏まえ、法第30条の23第１項の規定に基づく医療従事者の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会（以下「地域医療対策協議会」という。）を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載する。

【地域医療対策協議会の取組】

①　地域医療対策協議会の議論の経過等

②　地域医療対策協議会の定めた施策

(1)　医師の確保について

地域医療対策協議会において決定した具体的な施策に沿って、地域における医師（臨床研修医を含む。）の確保が図られるよう、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業等（以下「地域医療支援センター事業等」という。）について記載する。

なお、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況の報告等を効果的に活用し、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めること。

【地域医療支援センター事業等の内容】

①　各都道府県内の医療機関や地域の医師の充足状況等の調査・分析

②　医師に対する専門医資格の取得支援や研修機会の提供等のキャリア形成支援

③　医療機関への就業を希望する医師等に関する情報の提供

④　医師を募集する医療機関に関する情報の提供

⑤　医師等に関する無料の職業紹介事業又は労働者派遣事業

⑥　医学生等を対象とした地域医療に係る理解を深めるための事業（地域医療体験セミナー等）の実施

⑦　地域医療支援センター事業等と他の都道府県の同事業との連携

⑧　地域の医師確保で有効と考えられる施策についての国への情報提供　等

地域医療支援センター事業等の記載に当たっては、医師の地域への定着を一層推進するため、以下の観点を踏まえて記載する。

（地域枠及びキャリア形成プログラムについて）

ア　大学所在都道府県の出身者が、臨床研修修了後、その都道府県に定着する

割合が高いことを踏まえ、地域枠の入学生は、原則として、地元出身者に限定（注１）。特に、修学資金貸与事業における就業義務年限については、対象者間のバラつきを全国で是正するため、同様の枠組みである自治医科大学と同程度の就業義務年限（貸与期間の 1.5 倍）とし、これを前提としてイに規定するキャリア形成プログラムを策定

イ　地域枠医師の増加等に対応し、医師のキャリア形成が確保された医師確保が進められるよう、以下の点に留意して、キャリア形成プログラムを必ず策定（注２）

・　医師のキャリア形成に関する知見を得ることや、重複派遣を防止するなど医師確保の観点から大学（医学部・附属病院）による医師派遣と整合的な医師派遣を実施することができるよう、キャリア形成プログラムを策定する際には、大学（医学部・附属病院）と十分連携すること。

・　大学所在都道府県における臨床研修修了者は、臨床研修修了後、大学所在都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、大学所在都道府県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づけること。（注３）

・　医師が不足する地域や診療科における医師を確保するという医学部定員の暫定増の本来の趣旨に鑑み、キャリア形成プログラムにおいて、勤務地や診療科を限定すること。

・　特段の理由なく、特定の開設主体に派遣先が偏らないようなキャリア形成プログラムとすること。

・　出産、育児、家族の介護の場合や、事前に想定できないやむを得ない特段の事情が生じた場合には、キャリア形成プログラムの内容の変更等について、柔軟に対応できるようにすること。

（医師の勤務負担軽減について）

ウ　医師の勤務負担軽減に配慮した地域医療支援センターの派遣調整等

・　グループ診療を可能にするよう、同一の医療機関に同時に複数の医師を派遣したり、他の病院から代診医師を派遣するようあっせんしたりすること。

・　へき地以外でも代診医師の派遣や遠隔での診療が進むよう支援すること。

・　地域医療支援センターが医師を派遣する医療機関における勤務環境改善を進めるため、例えば次のような方法により、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターが連携すること。

派遣前：医療勤務環境改善支援センターが、派遣候補となっている医療機関の勤務環境を確認し、勤務環境の改善につながるような助言等を行うこと。

派遣後：地域医療支援センターが派遣医師から継続的に勤務環境等について聴取し、課題等を把握した場合は、医療勤務環境改善支援センターが勤務環境を再度確認し、その改善につながるような助言等を行うこと。

（へき地の医師確保について）

エ　地域医療支援センターによるへき地医療支援機構の統合も視野に、へき地に所在する医療機関への派遣を含めたキャリア形成プログラムの策定など、へき地も含めた一体的な医師確保を実施

（その他）

オ　詳細な医師の配置状況が把握できる新たなデータベース（注４）の医師確保への活用

カ　地域医療支援センターの取組の認知度向上や医師確保対策の実効性向上のため、ＳＮＳ等の活用や、医師確保対策に若手医師の主体的な参画を促すなど、若手医師へのアプローチを強化

（注１）地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県が学生に奨学金を貸与している地域枠（他の都道府県に所在する大学医学部に設置された地域枠を含む。）については、原則として、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定すること。また、その他の地域枠に関しても、地域枠の趣旨に鑑み、他の地域枠医師の定着策を講じている場合を除いては、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定することが望ましいこと。

（注２）キャリア形成プログラム：主に地域枠医師を対象に、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域・診療科の解消を目的として、都道府県（地域医療支援センター等）が主体となり策定された医師の就業プログラム。

地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県が学生に奨学金を貸与している地域枠については、必ずキャリア形成プログラムを策定することとするが、その他の地域枠や地域枠以外の医師についても、地域医療への興味・関心をより一層高め、そのキャリアと地域医療に配慮された医師派遣が行われるよう、都道府県が策定したキャリア形成プログラムの活用等がなされるよう検討すること。

（注３）他の都道府県に所在する大学医学部に設置された地域枠については、出身都道府県以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、出身都道府県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づけること。

（注４）厚生労働省の平成 29 年度予算事業として作成予定。

(2)　医師以外の医療従事者の確保について

地域医療支援センター事業等が対象とする医療従事者以外の、例えば以下の職種についても、必要に応じて、その資質向上に関する事項を含め、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

【医療従事者の現状及び目標】

①　歯科医師

②　薬剤師

③　看護職員（保健師・助産師・看護師（特定行為研修を修了した看護師を含む。）・准看護師）

④　その他の保健医療従事者

診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士等

⑤　介護サービス従事者

特に、歯科医師、薬剤師及び看護職員に関する記載に当たっては、以下の観点

を踏まえること。

ア　歯科医師については、口腔と全身の関係について広く指摘されている観点を踏まえ、医科歯科連携を更に推進するために病院における歯科医師の役割をより明確にすることが望ましい。具体的には、病院における歯科医師の配置状況を把握した上で、病院における歯科医療の向上に資する取組について記載すること等が考えられる。

イ　薬剤師については、その資質向上のために、「患者のための薬局ビジョン」（平成 27 年 10 月 23 日付け薬生総発 1023 第３号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）を踏まえ、最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の習得を基礎としつつ、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修及び医療機関等との連携強化につながる多職種と共同で実施する研修等が行われるよう、研修実施状況を把握し、関係者間の調整を行うこと。

ウ　看護職員については、その確保に向けて、地域の実情を踏まえつつ、看護師等の離職届出を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援や、医療機関の勤務環境改善による離職防止などの取組を推進していくこと。

また、看護師については、在宅医療等を支える看護師を地域で計画的に養成していくため、地域の実情を踏まえ、看護師が特定行為研修（保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第４号に規定する特定行為研修をいう。）を地域で受講できるよう、指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた計画について、可能な限り具体的に記載すること。

## 6　医療の安全の確保

医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について、(1) 及び(2) により記載する。

なお、記載に当たっては、以下の事項に留意する。

- 地域の患者や住民がわかりやすく理解できるよう医療計画に記載すること。
- その際、都道府県は、保健所を設置する市及び特別区の協力のもと、医療提供施設における医療安全を確保するための取組状況を把握し、都道府県が講ずる医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等の現状及びその目標を計画に明示すること。
- また、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情、相談に対応し、必要に応じて医療提供施設に対して必要な助言を行う体制等を構築するため、都道府県における医療安全支援センターの設置状況及びその目標についても計画に明示すること。
- 病院における高度な医療機器の配置状況及び稼働状況等を確認し、保守点検を含めた評価を実施すること。
- CT、MRI等の医療機器を有する診療所に対する当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況の定期的な報告を求めること。

(1)　医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標

①　病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合

②　病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数

の割合

③　病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合

(2)　医療安全支援センターの現状及び目標

記載に当たっては、「医療安全支援センターの実施について」（平成19年３月30日付け医政発第0330036号厚生労働省医政局長通知）を参考に、次の事項について記載すること。

①　二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合

②　相談職員（常勤換算）の配置数

③　ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏及び保健所設置市又は特別区における医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況

④　都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況

## 7　基準病床数

(1)　療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床に係る基準病床数については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の30第１号に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、全国平均で９割以上の患者が、居住する都道府県内において、入院加療を受けている現状を鑑み、特に必要とする場合にのみ、都道府県間で調整を行うことができることとする。その際、基準病床数の算定にあたっては、医療機関所在地に基づいた値を用いることとする。

(2)　精神病床、結核病床及び感染症病床

精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数及び感染症病床に係る基準病床数については、都道府県の区域ごとに、規則第30条の30第２号から第４号に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、法第30条の４第２項第15号の区域（以下「三次医療圏」という。）が一都道府県において二以上設定された場合においても、基準病床数については当該都道府県全体について定めることとする。

(3)　各区域における入院患者の流出入数の算出

各区域における入院患者の流出入数の算出に当たって病院に対し特に報告の提出を求める場合には、医療計画作成の趣旨等を調査対象となる病院に十分説明の上、円滑な事務処理が行われるよう配慮する。

(4)　基準病床数の算定の特例

各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、令第５条の２又は第５条の３で定める事情があるときは、都道府県知事が厚生労働大臣と協議の上算定する数を基準病床数とすること等ができる。

(5)　都道府県知事の勧告

(1) から(3) までにより基準病床数が算定された後は、各区域において病院の開設、病床数の増加若しくは病床の種別の変更、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請（以下「許可申請等」という。）があった場合において、当該区域の既存病床数が基準病床数を超えている場合又は許可申請等により病床数が基準病床数を超えることになる場合には、法第30条の11の規

定に基づく都道府県知事の勧告（当該病院等が公的医療機関等が開設等する病院等であれば法第７条の２第１項に基づく不許可処分）の対象となり得る。

## ８　医療提供施設の整備の目標

・　地域医療支援病院の整備の目標

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備える病院である。

かかりつけ医等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。

①　かかりつけ医等からの紹介等、病診連携体制
②　共同利用の状況
③　救急医療体制
④　医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図るための研修体制

その結果を踏まえ、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標（例えば二次医療圏ごとに整備する等）を設定する。

なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあっては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。

## ９　地域医療構想の取組

地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に当たっては、別添の地域医療構想策定ガイドラインを踏まえること。

## 10　その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

５疾病・５事業及び在宅医療以外の疾病等について、その患者動向や医療資源等について現状を把握した上で、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

また、各疾病等に対する医療を担う医療機関等の名称も記載するよう努めること。

(1)　障害保健対策

障害者（高次脳機能障害者、発達障害者を含む。）に対する医療の確保等（都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等）に関する取組

(2)　結核・感染症対策

①　結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
②　インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

(3)　臓器移植対策

①　都道府県の取組
②　相談等の連絡先

(4)　難病等対策

①　難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組
②　相談等の連絡先

(5)　アレルギー疾患対策

①　都道府県の取組
②　相談等の連絡先

(6)　今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

① ロコモティブシンドローム、フレイル等対策
ア ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頚部骨折対策の重要性
イ ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頚部骨折対策について、予防、医療、介護の総合的な取組
② 誤嚥性肺炎などの都道府県の取組

(7) 歯科保健医療対策
① 都道府県の取組
② 相談等の連絡先

(8) 血液の確保・適正使用対策
① 都道府県の取組
② 相談等の連絡先

(9) 医薬品等の適正使用対策
① 都道府県の取組
② 相談等の連絡先
③ 治験の実施状況や医薬品提供体制

(10) 医療に関する情報化
① 医療提供施設の情報システム（電子レセプト、カルテ等）の普及状況と取組
② 情報通信技術（ICT）を活用した医療機関及び関係機関相互の情報共有への取組（情報セキュリティ対策を含む。）

(11) 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。

このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。

なお、医療と密接に関連を有する施策としては、第２の３に掲げる計画等が求められている。

## 11 施策の評価及び見直し

施策の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。

法第30条の６に基づいて行う施策の評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。

(1) 施策の目標等
５疾病・５事業及び在宅医療の医療連携体制に係る数値目標等

(2) 推進体制と役割
施策の目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割

(3) 目標の達成に要する期間

(4) 目標を達成するための方策

(5) 評価及び見直し

(6) 進捗状況及び評価結果の広報・周知方法

# 第４ 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画を作成する際、技術的見地からみて全国に共通すると考えられ

る手順等を参考までに示す。

## 1　医療計画作成手順の概要

医療計画の作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

(1)　医療計画（案）を作成するための体制の整備
(2)　医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討
(3)　現行の医療計画に基づき実施された施策の効果の検証
(4)　５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築に当たっての課題や数値目標、施策についての検討
(5)　５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築
(6)　医療圏及び基準病床数の検討
(7)　地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策の検討
(8)　以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
(9)　診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
(10) 医療計画（案）の決定
(11) 医療計画（案）についての市町村及び保険者協議会の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
(12) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
(13) 医療計画の決定
(14) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

## 2　医療圏の設定方法

(1)　二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

①　人口構造、患者の受療の状況（流入患者割合及び流出患者割合を含む。）、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、二次医療圏単位又は市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については、患者調査の利用の他、統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20％未満であり、流出患者割合が20％以上である場合）、その設定の見直しについて検討する。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。

②　既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。

③　構想区域（法第30条の４第２項第７号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）に二次医療圏を合わせることが適当であること。

(2)　５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(3)　三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。

また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。

①　臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
②　高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
③　先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
④　広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

(4)　都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。

なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

## ３　基準病床数の算定方法

(1)　基準病床数の算定方法

基準病床数の算定は、規則第30条の30各号に定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。

①　療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、ウにより算定した数を加減した数の合計数を標準とする。

ア　療養病床

｛（当該区域の性別及び年齢階級別人口）×（全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率）の総和 －（介護施設、在宅医療等で対応可能な数）＋（０～当該区域への他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数）－（０～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数）｝×（１／病床利用率）

イ　一般病床

｛（当該区域の性別及び年齢階級別人口）×（当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率）の総和 × 平均在院日数 ＋（０～当該区域への他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数）－（０～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数）｝×（１／病床利用率）

ウ　基準病床数の都道府県間調整について

なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流入入院患者数よりも多い場合は、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数を各二

次医療圏の基準病床数に加減することができる。

ただし、アからウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数は、

｛（当該区域の性別及び年齢階級別人口）×（全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率）の総和　－（介護施設、在宅医療等で対応可能な数）｝×（１／病床利用率）＋（当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率）の総和×　平均在院日数　×（１／病床利用率）及びウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数を超えることはできない。

（注１）「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

（注２）「年齢階級」とは、５歳ごとの年齢による階級である。

（注３）「全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率」とは、厚生労働大臣が定める療養病床の性別及び年齢階級別の入院受療率を上限とし、策定した地域医療構想における慢性期機能の病床数の必要量を勘案して、都道府県知事が定める値とする。

（注４）「介護施設、在宅医療等で対応可能な数」とは、地域医療構想に定める「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」のうちの以下の数の合計数から、令和５年度末時点における以下の数の合計数に相当する数を比例的に推計した上で、療養病床から介護老人保健施設又は介護医療院へ転換することが見込まれる病床数を除いた数とする。なお、介護療養型医療施設の設置期限が令和５年度末であることに注意すること。

（ⅰ）　慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者であって、医療区分Ｉである患者の数の 70％に相当する数。

（ⅱ）　慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者であって、入院受療率の地域差を解消していくことで在宅医療等の医療需要として推計する患者の数(（ⅰ）に掲げる数を除く。)。

（注５）「当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率」とは、地方ブロックの性別及び年齢階級別の退院率をいう。

（注６）「病床利用率」とは、厚生労働大臣が定める療養病床又は一般病床の病床利用率について、各都道府県における療養病床又は一般病床の直近の病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める療養病床又は一般病床の病床利用率以上当該地域の直近の療養病床又は一般病床の病床利用率の範囲内で、都道府県知事が当該都道府県の状況を勘案して定める値とする。

（注７）「療養病床入院受療率」、「一般病床退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」として使用する（参考とする）数値については、医療法第30条の４第２項第17号の療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（昭和61年厚生省告示第165号）により定められている。

（注８）各区域における流入入院患者数については、都道府県知事が当該区域における医療の確保のために必要と認める事情があるときは、当該区域ごとの数を超えて、当該事情を勘案した数を加えることができる。

（注９）各区域における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

（備考）「地方ブロック」とは、以下の９ブロックをいう。

| ブロック名 | 都道府県名 |
|---|---|
| 北海道 | 北海道 |
| 東北 | 青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島 |
| 関東 | 茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野 |
| 北陸 | 富山、石川、福井 |
| 東海 | 岐阜、静岡、愛知、三重 |
| 近畿 | 滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山 |
| 中国 | 鳥取、島根、岡山、広島、山口 |
| 四国 | 徳島、香川、愛媛、高知 |
| 九州 | 福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄 |

② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

［{（当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和２年における推計人口）×（当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率）} の総和＋ {（当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和２年における推計人口）×（当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率）} の総和＋ {（当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和２年における推計人口）×（当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率）} の総和×（精神病床における入院期間が１年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合α）×（地域精神保健医療体制の高度化による影響値β）＋ {（当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和２年における推計人口）×（当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率）} の総和×（地域精神保健医療体制の高度化による影響値γ）＋（精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数）－（精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数）］ ×（１／精神病床利用率）

（注１）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和２年における推計人口」とは、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年３月中位推計）」によることとする。

（注２）「年齢階級」とは、「90歳以上」の階級を除き、５歳ごとの年齢による階級とする。

（注３）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が３月未満である入院患者（以下この項（②）において「急性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。

（注４）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が３月以上１年未満である入院患者（以下

この項（②）において「回復期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。

（注５）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症以外の慢性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が１年以上である入院患者（以下この項（②）において「慢性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者を除く。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。

（注６）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症に係る慢性期入院受療率」とは、「慢性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）の性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者に限る。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。

（注７）「精神病床における入院期間が１年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合α」とは、慢性期入院患者の実態を勘案し、原則として0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める値とする。

※　「原則として0.8から0.85までの間」とした考え方は、以下のとおりである。

厚生労働科学研究によると、

①　認知症以外の慢性期入院患者の６割以上が、当該研究において策定した重症度を医学的に評価する基準に該当する（精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究（平成25～27年度））

②　統合失調症の慢性期入院患者の１割が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している（精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究（平成19～21年度））

との報告がある。この研究結果を踏まえると、①②に該当しないような患者については、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能となると考えられ、この結果、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の６～７割に低下することが見込まれる。

令和６年度末（2025年）までに７年間かけてその基盤整備を行うこととした場合には、医療計画の中間年である令和２年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備することによって、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の8～8.5割に低下することが見込まれる。

（注８）「地域精神保健医療体制の高度化による影響値β」とは、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、１年当たりの地域精

神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を３乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。

（注９）「地域精神保健医療体制の高度化による影響値γ」とは、これまでの認知症施策の実績を勘案し、１年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.97から0.98までの間で都道府県知事が定める値を３乗した数とする。

（注10）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率」、「精神病床利用率」として使用する数値については、医療法第30条の４第２項第17号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（平成18年厚生労働省告示第161号）により定められている。

（注11）各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

③　結核病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数とする。

なお、基準病床数の算定に当たっては、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（平成17年７月19日付け健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を参照すること。

④　感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第38条第１項の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とする。

(2)　基準病床数の算定の特例

医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。

①　急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合

②　特定の疾患にり患する者が異常に多い場合

③　高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合

④　基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合

⑤　その他当該区域において準ずる事情がある場合

なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、次によることとする。

ア　高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直し

について毎年検討

イ　法第30条の４第９項の基準病床数算定時の特例措置で対応

また、前記ア及びイによる病床の整備に際しては、次の点を考慮しつつ、地域の実情等を十分に踏まえた上で検討すること。

（ア）病床の機能区分（法第30条の13第１項に規定する病床の機能区分をいう。以下同じ。）ごとの医療需要

（イ）高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移

（ウ）疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況などの地域事情

（エ）都道府県内の各医療圏の医療機関の分布　等

## ４　病床数の必要量の算定方法

(1)　病床数の必要量の算定は、規則第30条の28の３に定める方法に準拠し、病床の機能区分（法第30条の13第１項に規定する機能区分をいう。以下同じ。）ごとに次に掲げる方式によること。

｛（当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来推計人口）×（当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率）の総和 ＋（当該構想区域における他の構想区域の推計患者数のうちの医療供給見込み数）－（当該構想区域の推計患者数のうちの他の構想区域における医療供給見込み数）｝×（１／病床稼働率）

ただし、上記算定式により病床の機能区分ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

｛（当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来推計人口）×（当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率）の総和 ＋（当該構想区域における他の都道府県の推計患者数のうちの医療供給見込み数）－（当該構想区域の推計患者数のうちの他の都道府県における医療供給見込み数）｝×（１／病床稼働率）

により病床の機能区分ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

（注１）「当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来（令和７年）推計人口」とは、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年３月中位推計）」によることとする。

（注２）「年齢階級」とは、原則、５歳ごとの年齢による階級とする。

（注３）「当該構想区域における他の構想区域の推計患者数のうちの医療供給見込み数」とは、当該構想区域において、他の構想区域の病床の機能区分ごとの令和７年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者として都道府県知事が定める数とする。

（注４）「当該構想区域の推計患者数のうちの他の構想区域における医療供給見込み数」とは、当該構想区域の病床の機能区分ごとの令和７年における推計患者数のうち、他の構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が定める数とする。

（注５）「当該構想区域における他の都道府県の推計患者数のうちの医療供給見込み数」とは、当該構想区域において、他の都道府県の区域に所在する構想区域の病床の機能区分ごとの令和７年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数とする。

（注６）「当該構想区域の推計患者数のうちの他の都道府県における医療供給見込み数」とは、当該構想区域の病床の機能区分ごとの令和７年における推計患者数のうち、他の都道府県の区域内に所在する構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数とする。

（注７）「病床稼働率」とは、高度急性期機能にあっては0.75、急性期機能にあっては0.78、回復期機能にあっては0.9、慢性期機能にあっては0.92とする。

(2)　当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率は、病床の機能区分ごとに次に定める数とすること。

①　高度急性期機能　医療資源投入量が3,000点以上である医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

②　急性期機能　医療資源投入量が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

③　回復期機能　医療資源投入量が225点以上600点未満の医療若しくは主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

④　慢性期機能　慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に、アに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数（慢性期総入院受療率が全国最小値よりも小さい構想区域にあっては、１。以下「補正率」という。）を乗じて得た数に、障害その他の疾患を有する入院患者を加えて得た数を、当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

ア　次の（ア）に掲げる数以上（イ）に掲げる数以下

（ア）慢性期総入院受療率の全国最小値（県単位）／当該構想区域の慢性期総入院受療率

（イ）｛（当該構想区域の慢性期総入院受療率 － 全国最小値）×（慢性期総入院受療率の全国中央値（県単位）－ 全国最小値／慢性期総入院受療率の全国最大値（県単位）－ 全国最小値）＋ 全国最小値｝×（１／当該構想区域の慢性期総入院受療率）

ただし、当該構想区域がイに掲げる要件に該当するときは、（イ）に掲げる補正率により算定した当該構想区域の慢性期機能の令和７年における病床数の必要量を令和12年までに達成すればよいものとし、都道府県知事は、当該達成の期間の延長に応じた補正率（令和７年の性別及び年齢階級別入院受療率の目標として、令和12年に達成することとした性別及び年齢階級別入院受療率の目標から比例的に逆算して得た値）を定めることができる。

イ　当該構想区域が次のいずれにも該当するものであること。

（ア）当該構想区域の慢性期病床数（慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る病床数をいう。以下同じ。）からア（イ）に掲げる補正率により算定した令和７年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回ること。

（イ）高齢者単身世帯割合が全国平均を上回ること。

地域医療構想を含む医療計画が公示された後に、当該地域医療構想において定める厚生労働大臣が認める構想区域における慢性期機能の将来の病床数の必要量の達成が特別な事情により著しく困難となったときは、当該将来の病床数の必要量について、厚生労働大臣が認める方法により補正率を定めることができる。

（注８）病床の機能区分ごとの性別及び年齢階級別入院受療率の推計については、当該構想区域に住所を有する患者に係る平成25年度のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のレセプトデータ、診断群分類（DPC）データ等に基づいて行うこととする。

（注９）「当該構想区域の性別及び年齢階級別人口」とは、総務省「平成25年３月31日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）（総計）」によることとする。

（注10）「医療資源投入量」とは、患者に提供される医療を１日当たりの診療報酬（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。）の出来高点数により換算した量とする。

（注11）「医療資源投入量が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量が175点以上600点未満の医療を受ける入院患者であっても、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上となる医療を受ける者を含む。

（注12）「医療資源投入量が225点以上600点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。）であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける者を含む。

（注13）「主としてリハビリテーションを受ける入院患者」とは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者とする。

（注14）「これらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者」とは、在宅復帰に向けて調整を要する者（医療資源投入量175点以上225点未満）とする。

（注15）「慢性期入院患者」とは、長期にわたり療養が必要な入院患者（主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。）とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分１である患者の数の70％に相当する数を除くこととする。

（注16）「障害その他の疾患を有する入院患者」とは、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者とする。

（注17）「慢性期総入院受療率」とは、次の算定式により算出した値とする。

｛慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数／（Σ当該区域の性別及び年齢階級別人口 × 全国の性別及び年齢階級別入院受療率）｝×（全国の慢性期入院患者の数／全国の人口）

（注18）「厚生労働大臣が認める構想区域」とは、都道府県全体の慢性期病床数

からア（イ）に掲げる補正率により算定した令和７年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床数からア（イ）に掲げる補正率により算定した令和７年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域とする。

（注19）「特別な事情」とは、やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。

（注20）「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床数からア（イ）に掲げる補正率により算定した令和７年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。

## ５　介護保険事業（支援）計画との整合性の確保

介護保険事業（支援）計画との整合性の確保については、別添「介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」の考え方に沿って、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。

## ６　５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

（1）　現状の把握

都道府県は、医療連携体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、地域住民の健康状態を踏まえた現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

なお、重点指標及び参考指標については、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年３月31日付け医政地発第３号厚生労働省医政局地域医療課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」を参考とすること。

また、既存の統計・調査等のみでは現状把握が不十分な場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

①　人口動態調査
②　国民生活基礎調査
③　患者調査
④　国民健康・栄養調査
⑤　衛生行政報告例
⑥　介護保険事業状況報告調査

⑦　病床機能報告
⑧　レセプト情報・特定健診等データベース（NDB）
⑨　診断群分類（DPC）データ
⑩　医療施設調査
⑪　病院報告
⑫　医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）
⑬　地域保健・健康増進事業報告
⑭　介護サービス施設・事業所調査
⑮　介護給付費等実態統計（旧：介護給付費実態調査）

(2)　作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、５疾病・５事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、圏域連携会議における協議結果は作業部会へ報告すること。また、それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。

①　作業部会

ア　構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば、次の（ア）から（ク）に掲げる者を代表する者により構成し、構成する者が（ア）から（ク）のどの区分に該当するかを明示すること。

（ア）地域医師会等の医療関係団体
（イ）医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
（ウ）介護保険法に規定するサービス事業者
（エ）医療保険者
（オ）医療・介護サービスを受ける患者・住民
（カ）保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
（キ）学識経験者
（ク）上記（ア）から（キ）までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

なお、 医療サービスを受ける立場の意見についても、十分に配慮することが望ましいことから、（オ）の患者・住民に対しては、十分な情報提供と解説などの支援を行うことにより、議論に参加しやすい環境が整うよう努めること。

イ　内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

（ア）地域の医療資源の把握

医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。なお、可能な限り二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。

（イ）圏域の設定

上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて特有の重要事項（５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る流入患者割合、流出患者割合を含む。）に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

（ウ）課題の抽出

（ア）により把握した現状を分析し、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

（エ）数値目標の設定

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題が解決されると思われる目標を設定すること。

（オ）施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。

②　圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア　構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ　内容

下記の（ア）から（ウ）について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

（ア）医療連携の必要性について認識の共有

（イ）医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

（ウ）当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

(3)　患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

(4)　医療計画への記載

都道府県は、第３の３に示すとおり、医療機能ごとに、目標、医療機関に求め

られる医療体制、課題、数値目標、数値目標の達成のために行う施策等を医療計画に記載する。

また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

(5) 変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、医療機関の変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

## 第５　医療計画の推進等

### １　医療計画の推進体制

医療計画の推進体制については、作業部会、圏域連携会議又は地域医療構想調整会議（法第30条の14第１項に規定する協議の場をいう。）において、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

### ２　医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

そのため、第３の11に示すとおり、施策の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法（評価を行う組織（都道府県医療審議会等）を含む。）等を計画においてあらかじめ明らかにした上で、６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに、施策全体又は医療計画全体の達成状況について調査、分析、評価及び公表を行い、必要があるときは計画を変更する。

ただし、５疾病・５事業及び在宅医療については、上記と同様に評価・見直し体制及び公表方法を明らかにした上で、目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について定期的に実施（１年ごとの実施が望ましい。）、評価し、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、必要に応じて施策の見直しを図ること。

## 第６　医療計画に係る報告等

都道府県ごとの実情を把握し適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の４第18項の規定に基づく医療計画の厚生労働大臣への報告については、次のとおり取り扱う。

### １　医療計画の厚生労働大臣への報告

(1) 報告事項

① 医療計画及びその概要並びに付属資料

② 公示の方法（都道府県の公報の写し等を添付）

③ 原案作成年月日、市町村及び保険者協議会からの意見聴取年月日、都道府県医療審議会への諮問年月日及び答申年月日、公示年月日

④ 必須指標・推奨指標等による現状把握の結果

⑤ 目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の評価

（注１）⑤については、医療計画の対象期間の当初から１年ごとに提出すること
（注２）①・④・⑤については、紙媒体及び電子媒体で提出すること

(2)　紙媒体の提出部数　　５部

(3)　報告時期

医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。

なお、例えば５疾病・５事業及び在宅医療の医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の６の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。

## ２　法第27条の２第１項、第30条の11、第30条の12第２項及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告

(1)　報告事項　　別紙様式３～６－２

病院又は診療所名、開設者又は管理者氏名、病院又は診療所所在地、開設等申請年月日、申請病床数、申請病床の種別、要請年月日、勧告年月日、命令年月日、都道府県医療審議会の意見、勧告に対する申請者の対応、その他参考事項等

(2)　提出部数　　４部

(3)　報告時期

要請、勧告又は命令をそれぞれ行った日の属する月の翌月の10日までとする。ただし、「勧告に対する反応」等が相当遅れる場合は、当該部分のみ後日報告するものとする。

なお、公的医療機関等に対する法第７条の２第３項又は第30条の15第６項の規定に基づく命令又は法第30条の16第１項の規定に基づく指示を行った場合についても別紙様式に準じて報告すること。

（別紙様式３～６－２）

| 第１回第８次医療計画等に関する検討会 | 参考資料 |
| --- | --- |
| 令和３年６月１８日 | 2 |

医政地発0331第3号
平成29年3月31日
一部改正　医政地発0731第1号
平成29年7月31日
一部改正　医政地発0413第１号
令和２年４月13日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公印省略）

# 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の４の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の５事業並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています（以下、５疾病及び５事業並びに在宅医療を「５疾病・５事業及び在宅医療」という。）。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に５疾病・５事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められています。

医療機能の明確化から連携体制の推進にいたるこのような過程を、以下、医療体制の構築ということとします。

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めましたので、新たな医療計画作成のための参考としていただきますようお願いします。

なお、本通知は法第30条の８に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成24年３月30日付け医政指発0330第９号厚生労働省医政局指導課長通知）は廃止します。

記

１　法的根拠

法第30条の４第４項の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の５事業（以下「５疾病・５事業」という。）並びに在宅医療に係る医療連携体制を構築するための方策を医療計画に定めることとなっている。

また、法第30条の３第１項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行ったところである。

また、基本方針第四の二及び三に示すとおり、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

一方、基本方針第二の二に示すとおり、国は５疾病・５事業及び在宅医療について調査及び研究を行い、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに求められる医療機能を明らかにすることとされており、本通知は、国として当該医療機能を明らかにすること等により、都道府県の医療体制構築を支援するものである。

なお、医療機能に関する情報の提供については、法第６条の３に基づく医療機能情報提供制度が別途実施されている。

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、当該制度により都道府県に報告された医療機能情報を活用できること、特に、患者や住民に情報を提供するためだけではなく、地域の医療関係者が互いに情報を共有することで信頼を醸成し、円滑な連携を推進するためにも活用すべきであることに留意されたい。

２　策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①５疾病・５事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県の実施すべき手順を示したものである。

都道府県におかれては、地域において切れ目のない医療の提供を実現するための、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療計画策定に当たり、本指針を参考にされたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

①　５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源等地域の実情に応じて構築するものであること。

②　したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。

③　５疾病・５事業ごと及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むことが必要であること。

④　医療計画の実効性を高めるよう、５疾病・５事業ごと及び在宅医療のPDCAサイクルを効果的に機能させ、政策循環の仕組みを強化するため、疾病・事業ごとの指標を活用すること。

⑤　本指針は国における現時点での知見に基づくものであり、今後も検討、調査、研究を続けて適宜提示するものであること。

３　本指針の位置付け及び構成

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制を含めた、新たな医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（平成29年３月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

「医療計画作成指針」と「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」との関係は別表のとおりであり、各都道府県におかれては、新たな医療計画の作成に当た

り、「医療計画作成指針」を参考に計画全体の構成、作成の手順等を検討した上で、本指針により５疾病・５事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を図られたい。

（別表）

**【法第 30 条の３】**
厚生労働大臣は基本方針を定め

**基本方針**

○医療提供体制確保の
・基本的事項
・調査及び研究
・目標
○医療連携体制
○医療機能情報の提供
○医療従事者の確保
○計画作成と事業評価
○その他重要事項

**【法第 30 条の８】**
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

**医療計画作成指針**

○計画作成の趣旨
○一般的留意事項
○計画の内容
○計画作成の手順等
○計画の推進等
○計画に係る報告等

**本指針**

○医療体制構築の
・趣旨
・内容
・手順
・連携の推進等
・評価等
○疾病・事業別の体制
・がん
・脳卒中
・心筋梗塞等の心血管疾患
・糖尿病
・精神疾患
・救急医療
・災害時における医療
・へき地の医療
・周産期医療
・小児医療(小児救急)
・在宅医療

**【法第 30 条の４第１項】**
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

**医　療　計　画**

**○基本的な考え方**
**○地域の現状**
**○疾病・事業ごとの医療体制**
**・がん**
**・脳卒中**
**・心筋梗塞等の心血管疾患**
**・糖尿病**
**・精神疾患**
**・救急医療**
**・災害時における医療**
**・へき地の医療**
**・周産期医療**
**・小児医療（小児救急）**
**・在宅医療**
**・その他特に必要と認める医療**
**○地域医療構想**
**○地域医療構想を達成する施策**
**○病床機能の情報提供の推進**
**○外来医療に係る医療提供体制の確保**
**○医師の確保**
**○医療従事者（医師を除く。）の確保**
**○医療の安全の確保**
**○医療提供施設の整備目標**
**○基準病床数**
**○その他医療提供体制の確保に必要な事項**
**○事業の評価・見直し**

（別紙）

# 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

## 目次

第１　趣旨
第２　内容
第３　手順
第４　連携の推進等
第５　評価等

**がんの医療体制構築に係る指針（P10）**
第１　がんの現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
**脳卒中の医療体制構築に係る指針(P19)**
第１　脳卒中の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
**心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針(P29)**
第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
**糖尿病の医療体制構築に係る指針(P41)**
第１　糖尿病の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
**精神疾患の医療体制構築に係る指針(P49)**
第１　精神疾患の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

**救急医療の体制構築に係る指針(P69)**
第１　救急医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
**災害時における医療体制の構築に係る指針(P83)**
第１　災害医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

へき地の医療体制構築に係る指針(P94)
第１　へき地の医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
周産期医療の体制構築に係る指針(P104)
第１　周産期医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
小児医療の体制構築に係る指針(P125)
第１　小児医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

在宅医療の体制構築に係る指針(P138)
第１　在宅医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

# 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

## 第１　趣旨

人口の急速な高齢化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病（以下「５疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。

また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。以下同じ。）の５事業（以下「５事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

さらに、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制の構築が求められている。

疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を具体的に構築することが求められる。

具体的には、各都道府県において、５疾病・５事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。

加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。

以下、第２「内容」、第３「手順」、第４「連携の推進等」及び第５「評価等」において、医療体制の構築に当たって５疾病・５事業及び在宅医療に共通する事項を示すとともに、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの指針において、各々の特性に関する事項を示すので参考とされたい。

## 第２　内容

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて、まず「１　医療体制の政策循環」を実現するため、「２　指標」を活用し、「３　必要となる医療機能」を明らかにした上で、「４　各医療機能を担う医療機関等の名称」、「５　数値目標」を記載する。

### １　医療体制の政策循環

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などでもって施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を１年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。

- アウトカム（成果）
  施策や事業が対象にもたらした変化
- アウトプット（結果）

施策や事業を実施したことにより生じる結果

・　インパクト（影響）
施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

２　指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること[1]。

・　アウトカム指標
住民の健康状態や患者の状態を測る指標

・　プロセス指標
実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

・　ストラクチャー指標
医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

３　必要となる医療機能

例えば脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期にいたるまでの病期ごとの医療機能を明らかにするのと同様、他の疾病・事業及び在宅医療についても明らかにする。

４　各医療機能を担う医療機関等の名称

前記３の各医療機能を担う医療機関等については、後記第３の２に示すとおり、地域の医療提供者等が作業部会等に参加し、検討する。なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

その検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載する。

また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページの URL を医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

５　課題、数値目標及び施策の方向性

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの課題について、地域の実情に応じた数値目標を設定し、課題解決に向けた施策の方向性を記載する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案するものとする。

## 第３　手順

１　情報の収集

[1]　厚生労働科学研究「地域医療構想策定及び医療計画 PDCA サイクルの推進に資する都道府県の人材育成等手法に関する研究」（研究代表者　熊川寿郎）（平成 26 年度）を参考に記載

都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書及び厚生労働科学研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」研究報告書を参考とすること。

また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

(1) 人口動態統計
(2) 国民生活基礎調査
(3) 患者調査
(4) 国民健康・栄養調査
(5) 衛生行政報告例
(6) 介護保険事業状況報告調査
(7) 病床機能報告
(8) レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）
(9) 診断群分類（DPC）データ
(10) 医療施設調査
(11) 病院報告
(12) 医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）
(13) 地域保健・健康増進事業報告
(14) 介護サービス施設・事業所調査
(15) 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）

国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組を支援するため、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。

都道府県においても、地域の実情に応じて独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告することをお願いする。

２　作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。必要によっては、さらに、圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

協議に際しては、数値目標の設定やそれを達成するための施策の実施の結果、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ることのないよう配慮する。

なお、作業部会と圏域連携会議は、緊密に連携しながら協議を進めることが重要である。

(1)　作業部会

①　構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成する。

ア　地域医師会等の医療関係団体

イ　医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者

ウ　介護保険法（平成９年法律第123号）に規定するサービス事業者

エ　医療保険者

オ　医療・介護サービスを受ける患者・住民

カ　保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村

キ　学識経験者

ク　その他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

②　内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

ア　地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価

「１　情報の収集」において把握した情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。特に５疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。

同時に、現行の医療計画において設定された課題とそれに対する施策に加え、施策の中で実施した事業について整理を行うこと。その際、課題解決につながっていない施策や事業については、見直しを含む改善を行うこと。

イ　圏域の設定

上記アに基づき、圏域を検討・設定する。この場合、５疾病・５事業及び在宅医療に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

ウ　課題の抽出

上記アにより把握した現状を分析し、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。

（ア）まず、課題の抽出に当たっては、アウトカム指標を確認する。例えば、アウトカム指標が全国平均と乖離している等の問題があればそれを課題とすること。

（イ）次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討する。さらに、当該地域を全国平均若しくは都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考

慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討する。

（例：仮に全国平均値であった場合に、治療等の対応が可能であった患者数などを推計し、優先的に課題解決に向けた資源投入をするか否かを判断する。）

エ　数値目標の設定

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定する。

オ　施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。

施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしうるかという観点を踏まえること。

(2)　圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

①　構成

各医療機能を担う全ての関係者

②　内容

下記のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

ア　医療連携の必要性について認識の共有

イ　医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

ウ　当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

なお、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

3　患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

4　医療計画への記載

都道府県は、前記第３の２に示すとおり、医療機能ごとに医療機関等に求められる事項、数値目標等について検討し、医療計画に記載する。

また、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

５　変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、できるだけ速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、変更に伴う手続きをあらかじめ定めておく必要がある。

## 第４　連携の推進等

計画の推進体制については、第３の２に定める作業部会等を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

## 第５　評価等

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、評価を行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策及び事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うこととし、課題に対する数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況については、３年ごとの中間評価も踏まえつつ、少なくとも６年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

評価に当たっては、策定体制に関わった者以外の第３者による評価の仕組みを講じること等も有効である。さらに、施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態（アウトカム)、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点からの施策及び事業の評価を行い、必要に応じて計画の内容を改善することが重要である。

また、課題の評価にあたっては、次のような数値目標を設定した指標を活用することも重要である。最終的な成果（アウトカム）を達成するための過程を確認し、過程のどの段階に課題があるかといった観点からの評価も重要である。

（参考：評価指標の考え方[1])

・　評価指標とは

最終的な成果（アウトカム）の達成に向け、施策や事業を進捗管理し、評価するために設する指標。

良い評価指標は以下の頭文字を取り、ＳＭＡＲＴな指標と言われている。

①　具体性、特異性（Specific）

具体的であるかどうか、施策や事業に特異的であるかどうか。

②　測定可能性（Measurable）

数値目標、達成期間、期待する達成度などが明示され、測定可能であるかどうか。

③　達成可能性（Attainable）
　達成可能であるかどうか。コスト、スケジュール、従事者の質と量、社会環境への適合性に問題はないか。関係者の反対はどうか。
④　現実性（Realistic）
　現実的かどうか。目標を達成するための手段は適切な因果関係となっているかどうか。
⑤　期限明示（Time-bound）
　実施時期、終期、期限などが明示されているか。

## がんの医療体制構築に係る指針

がん検診等でがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、まず精密検査等が実施される。

そして、がんの確定診断等が行われた場合、更に詳細な検査により、がんの進行度の把握や治療方針の決定が行われる。

がんの治療は、がん診療連携拠点病院（以下「がん拠点病院」という。）やその他のがん診療に係る医療機関において、個々のがんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法（本指針では薬物療法等を含むものとする。）又はこれらを組み合わせた集学的治療等が実施される。

同時に、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、患者とその家族への緩和ケアが必要である。

その後も再発予防のための術後補助化学療法や再発の早期発見のための定期的かつ専門的検査等、長期の管理が必要となる。

このようにがん患者に必要とされる医療は患者の状態やがんの種類・病期等によって異なるため、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、継続して実施されることが必要である。

また、がん対策について政府は、「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）に基づき「がん対策推進基本計画」（平成30年３月閣議決定）を策定し、都道府県は、これを基本とし、各都道府県におけるがん医療の現状等を踏まえて、「都道府県がん対策推進計画」を策定し、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図っている。

本指針は、がん対策推進基本計画のうち医療計画に反映すべき事項等について、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。

具体的には、「第１　がんの現状」でがんの発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析するとともに、各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

### 第１　がんの現状

がんは、浸潤性に増殖し転移する悪性腫瘍であり、基本的にほぼすべての臓器・組織で発生しうるものである。このため、がん医療は、その種類によって異なる部分があるが、本指針においてはがん医療全体に共通する事項を記載することとする。

#### １　がんの疫学

がんは、我が国において昭和56年（1981年）より死因の第１位であり、平成26年には年間約37万人以上の国民が亡くなっている[1]。

[1] 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成 26 年）

また、生涯のうちにがんに罹る可能性はおよそ２人に１人とされている[2]。

継続的に医療を受けているがん患者数は約162.6万人[3]、１年間に新たにがんにかかる者は約86万人以上[4]と推計されている。

さらに、今後、人口の高齢化とともにがんの罹患者数及び死亡者数は増加していくことが予想され、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重要な課題である。一方で、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。

がんの年齢調整死亡率は近年減少傾向であるが、がんの種類によりその傾向に違いが見られる。また、全がんの５年相対生存率は62.1％である[5]が、原発巣による予後の差は大きく、乳がん、肺がん、膵がんの５年相対生存率はそれぞれ91.1％（女性のみ)、31.9％、7.7％となっている[5]。

## ２　がんの予防、がんの早期発見

### (1)　がんの予防

がんの原因には、喫煙（受動喫煙を含む。)、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など様々なものがある。

がんの予防には、これらの生活習慣の改善やがんと関連するウイルスの感染予防等が重要であり、バランスのとれた取組が求められる。

### (2)　がんの早期発見

がんの早期発見のために、胃がんでは胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、乳がんではマンモグラフィ検査、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われている。

これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらにCT・MRI検査等の精密検査が実施される。

## ３　がんの医療

### (1)　診断

がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、確定診断のために精密検査が実施され、がんの種類やがんの進行度の把握、治療方針の決定等が行われる。

### (2)　がん治療

がん治療には、手術療法、放射線療法及び化学療法等があり、がんの種類や病態に応じて、これらを単独で行う治療又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われる。

がん治療については、学会等が様々ながんに対してEBM（科学的根拠に基づく医療）に基づく診療ガイドラインを作成している。

また、各医療機関ではこれらの診療ガイドライン等に基づいてクリティカルパス（検査と治療等を含めた診療計画表をいう。）が作成されている。

### (3)　緩和ケア

---

2　国立研究開発法人国立がん研究センター　がん対策情報センターによる推計値（2012 年）

3　厚生労働省「患者調査」(平成 26 年)

4　国立研究開発法人国立がん研究センター　がん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計 2012 年罹患数・率報告」

5　国立研究開発法人国立がん研究センター　がん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計 2006-2008 年生存率報告」

がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施することが求められている。

がん疼痛の緩和では、医療用麻薬等の投与や神経ブロック等が行われる。また、疼痛以外の悪心や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状に対する治療やケアも行われる。

併せて、がん患者とその家族には、しばしば不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、心のケアを含めた精神医学的な対応が行われる。

(4) リハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

がん治療後は、治療の影響や病状の進行により、患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあるため、リハビリテーションが行われる。また、再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われる。さらに、在宅療養を希望する患者に対しては、患者やその家族の意向に沿った継続的な医療が提供されるとともに、必要に応じて適切な緩和ケアが行われ、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供される。さらに、人生の最終段階には、看取りまで含めた医療や介護サービスが行われる。

(5) 小児・AYA世代（思春期世代と若年成人世代）のがん

小児がん及びAYA世代のがんは、多種多様ながん種を多く含み、特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が求められている。小児がん患者とその家族が適切な医療や支援を受けられるように、小児がん拠点病院及び小児がん連携病院を中心とした地域のネットワークによる診療体制が構築されている。

(6) がんゲノム医療

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を国とともに段階的に構築し、患者・家族の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備が求められている。また、がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備が求められている。がんゲノム医療提供体制として令和２年１月１日時点で、がんゲノム医療中核拠点病院が11施設、がんゲノム医療拠点病院が34施設、がんゲノム医療連携病院が161施設整備されている。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「第１　がんの現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが連携・継続して実施される体制を構築する。

(1) 手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能な体制

① 進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療もしくはこれらを組み合わせた集学的治療の実施

② 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンを受けられる体制

③ 医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を受けられる体制

(2) がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制

① がんと診断された時から患者とその家族に対する全人的な緩和ケアの実施
② 診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施

(3) 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上
① がん拠点病院等による各種研修会、カンファレンスなどを通じた地域連携・支援の実施
② がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、急変時の対応等に関して在宅療養中の患者に対する支援の実施

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、がんの医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) がんを予防する機能【予防】
① 目標
・ 喫煙やがんと関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること
・ 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること
② 関係者に求められる事項
（医療機関）
・ がんに係る精密検査を実施すること
・ 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること
・ 都道府県や市町村等が実施するたばこ対策に積極的に協力すること
（行政）
・ 市町村（特別区を含む。以下同じ。）はがん検診を実施すること
・ 地域がん登録、全国がん登録及び院内がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること
・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること
・ 都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協会の一層の活用を図る等により、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること
・ 都道府県は市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること
・ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
・ 感染に起因するがん対策を推進すること

(2) がん診療機能【治療】
① 目標
・ 精密検査や確定診断等を実施すること
・ 診療ガイドラインに準じた診療を実施すること
・ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること
・ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

・　がん治療の合併症予防や軽減を図ること
・　治療後のフォローアップを行うこと
・　各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施することが求められる。

・　血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること
・　病理診断や画像診断等が実施可能であること
・　患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること
・　がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

さらに、がん拠点病院としては以下の対応が求められる。なお、詳細については、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成30年７月31日付け健発0731第１号厚生労働省健康局長通知）を参照すること。

・　患者の状態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアが実施可能であること
・　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、月１回以上、開催すること
・　患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること
・　相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
・　仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるよう周知すること
・　がんと診断された時から緩和ケアを実施すること（緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること）
・　がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること
・　地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること
・　院内がん登録を実施すること

③ 医療機関の例

・　がん拠点病院
・　病院又は診療所

(3)　在宅療養支援機能【療養支援】

①　目標

・　がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること
・　在宅緩和ケアを実施すること

② 医療機関等に求められる事項
・　24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
・　がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
・　看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供すること
・　がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（地域連携クリティカルパスを含む。）
・　医療用麻薬を提供できること

③ 医療機関等の例
・　病院又は診療所
・　薬局
・　訪問看護ステーション

## 第３　構築の具体的な手順

### １　現状の把握

都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報
・　がん検診受診率（国民生活基礎調査など）
・　喫煙率（国民生活基礎調査）
・　総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病中分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
・　がん患者の在宅死亡割合（人口動態統計）
・　年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））
・　都道府県の地域がん登録に基づく情報

(2)　医療資源・連携等に関する情報

① がん診療機能
・　手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況
・　がん診療を専門的に行う医療従事者数
・　緩和ケアの実施状況
　緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師
　緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況　等
・　診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況
・　周術期口腔機能管理の取組状況
・　院内がん登録の実施状況
・　地域連携クリティカルパスの整備状況
・　がん診療に関する情報提供の状況
　パンフレットの配布、ホームページでの情報提供　等

・　相談支援センターの整備状況
　相談員の研修状況　等
・　小児がん拠点病院・小児がん連携病院の連携状況
・　がんゲノム医療中核拠点病院等と都道府県内のがん診療を行う病院との連携状況

② 在宅療養支援機能
・　在宅療養における24時間対応の有無
・　疼痛等に対する緩和ケアの実施状況（医療機関、薬局）
・　がん診療機能を有する病院等との連携状況

③ がん予防
（医療機関等）
・　禁煙外来の実施状況
・　敷地内禁煙の実施状況
・　薬局の禁煙指導状況
（行政）
・　がん検診の受診状況
・　市町村におけるがん検診の精度管理・事業評価の状況

(3)　指標による現状把握

別表１に掲げるような指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標)、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　圏域の設定

(1)　都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、予防、治療、療養支援等に関する医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たっては、各医療機能の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現にがん診療に従事する者、がん患者・家族、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討

(1)　都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、予防から専門的治療、緩和ケア、再発予防や在宅療養まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

さらに、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第374号)の規定に基づき、また、「医療計画

の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年７月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

４　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域のがんの医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状把握に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

５　数値目標

都道府県は、がんの良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確した課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

６　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

７　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

８　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# 脳卒中の医療体制構築に係る指針

脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。

このように一人の脳卒中患者に必要とされる医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。

本指針では、「第１　脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

なお、平成28年６月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年７月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。また、平成30年12月に成立した、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき、令和２年１月に設置された循環器病対策推進協議会では、脳卒中及び心血管疾患の医療に係るサービスの提供を含めた対策についての議論が行われており、令和２年夏頃を目途に循環器病対策推進基本計画が策定される予定である。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

## 第１　脳卒中の現状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。

脳梗塞は、さらに、アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の３種類に分けられる。

また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものである。

脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なるが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

### １　脳卒中の疫学

１年間に救急車によって搬送される急病患者の約８％、約28万人が脳卒中（脳血管疾患）を含む脳疾患である[1]。また脳卒中によって継続的に医療を受けている患者数は約118万人と推計される[2]。

さらに、年間約11.2万人が脳卒中を原因として死亡し、死亡数全体の8.7％を占め、死亡順位の第４位である[3]。

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがある。

介護が必要になった者の18.5％は脳卒中が主な原因であり第１位である[4]。

これらの統計から、脳卒中は、発症後命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きい。

## ２　脳卒中の医療

### (1)　予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要である。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

また、脳卒中の無症候性病変、危険因子となる画像異常等の発見にはMRI、MRアンギオグラフィ（以下「MRA」という。）、頸動脈超音波検査が行われている。

一過性脳虚血発作（TIA）直後は脳梗塞発症リスクが高く、これを疑えば、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始する。

同時に、住民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように、啓発を進める必要がある。

### (2)　発症直後の救護、搬送等

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要である。できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対処を行う。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制※の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に搬送することが重要である。このため、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法の適応や血管内治療（機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等）など、超急性期の再開通治療の適応※※となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用することが望ましい。

※　メディカルコントロール体制については、「救急医療の体制構築に係る指針」を参照。

※※　超急性期の再開通治療（t-PAなど）の適応：t-PA静注療法は、発症4.5時間以内の脳梗塞患者のうち、広範な早期脳虚血性変化や頭蓋内出血などの禁忌

---

1　消防庁「平成 28 年版　救急・救助の現況」（平成 28 年）

2　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

3　厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

4　厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 25 年）

項目に該当しない患者が対象となる。また、経動脈的血栓溶解療法は発症６時間以内の脳梗塞の一部、機械的血栓除去術は原則として発症８時間以内の脳梗塞患者の一部の患者が対象となる。

(3)　診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になる。最近ではCTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や転帰がある程度予測できるようになった。

また、救急患者のCT、MRI画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝送すること等により、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられる。

(4)　急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われる。

①　脳梗塞では、まず発症後4.5時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要がある。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後4.5時間以内に治療を開始することが重要である。そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療施設に迅速に受診することが求められ、来院してから治療の開始まで１時間以内が目安である。

また、近年、急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されていることから、原則として発症後８時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮する。

また超急性期の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要である。

②　脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもある。

③　くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行う。

また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室※等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきている。

※　専門医療スタッフが急性期からの濃厚な治療とリハビリテーションを組織的かつ計画的に行う脳卒中専用の治療病室。例えば、診療報酬上で脳卒中の入院医療管理料が算定できる治療室である脳卒中ケアユニット等。

(5)　リハビリテーション

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられるが、急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが勧められる。

①　急性期に行うリハビリテーションは、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する。

②　回復期に行うリハビリテーションは、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施する。

③　維持期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施する。

(6)　急性期以後の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われる。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要である。

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者の一部では、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症等のため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要である。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「第１　脳卒中の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築する。また、都道府県は、医療機関の協力を得て、脳卒中に関する市民への啓発を積極的に行うことが重要である。

(1)　発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

①　発症後、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送

②　医療機関到着後１時間以内の専門的な治療の開始

(2)　病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

①　廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施

②　機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施

③　生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

(3)　在宅療養が可能な体制

①　生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

### ２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　発症予防の機能【予防】

① 目標

・ 脳卒中の発症を予防すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること

・ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること

・ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

・ 脳卒中の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。また超急性期血栓溶解療法の適応時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい。

② 関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

・ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

・ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと

・ 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

① 目標

・ 患者の来院後１時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始すること

・ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討すること

・ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと

・ 廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。

・ 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること

・　脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。）
・　脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む。）
・　適応のある脳梗塞症例に対し、来院後１時間以内（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。）
・　適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること
・　呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
・　合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
・　リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
・　個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること
・　回復期（あるいは維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
・　回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
・　脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

③　医療機関の例
・　救命救急センターを有する病院
・　脳卒中の専用病室を有する病院
・　急性期の血管内治療が実施可能な病院
・　脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

(4)　身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

①　目標
・　身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
・　失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴

覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
・　合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
・　急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
・　再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること

③　医療機関の例
・　リハビリテーションを専門とする病院又は診療所
・　回復期リハビリテーション病棟を有する病院

(5)　日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能
【維持期】

①　目標
・　生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②　医療機関等に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
・　生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること
・　合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
・　介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
・　回復期あるいは急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
・　合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること

③　医療機関等の例
・　介護老人保健施設
・　介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所

## 第３　構築の具体的な手順

1　現状の把握

都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報

・　年齢調整受療率（患者調査）
・　健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
・　高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査）
・　総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別)、患者流入割合、流出割合（患者調査）
・　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の各疾患別の新規発生患者数（初発／再発）
・　退院患者平均在院日数（患者調査）
・　患者の退院時mRSスコア、発症１年後におけるADLの状況
・　在宅等生活の場に復帰した患者の割合（患者調査）
・　脳卒中を主な原因とする要介護認定者数（要介護度別）
・　年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））
・　脳卒中の再発率
・　脳血管疾患患者の在宅死亡割合（人口動態統計）

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送

・　救急搬送件数（救急年報報告）
・　搬送先医療機関
・　発症から受診までに要した平均時間
・　救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（救急年報報告）

②　医療機関等

ア　救命救急センター、脳卒中の専用病室を有する医療機関

・　検査、画像診断、治療体制（人員・施設設備、夜間休日の体制）
・　実施可能な治療法（t-PAによる脳血栓溶解療法や血管内治療、外科治療を含む。)、リハビリテーション
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、転院前の待機日数等）

イ　リハビリテーションを専門とする病院、回復期リハビリテーション病棟を有する病院

・　検査、治療体制（人員・施設設備）
・　実施可能な脳卒中の治療法、リハビリテーション
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、入院中のケアプラン策定状況等）

ウ　介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所

・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
・　介護サービスの実施状況、介護サービス事業所との連携の状況

(3)　指標による現状把握

別表２に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標)、その他国が提供するデータや独自

調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たっては、発症後4.5時間以内の脳梗塞における血栓溶解療法の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に脳卒中医療に従事する者、消防機関、介護サービス事業者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、維持期まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

　また、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年７月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

　さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4　課題の抽出

　都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の脳卒中の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

　その際、現状把握に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、脳卒中の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針

心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム※としての心血管疾患リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や、疾患によって治療法や予後が大きく変わる。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、疾患に応じた医療を提供することが必要である。

本指針では、「第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

なお、平成 28 年６月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成 29 年７月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。また、平成 30 年 12 月に成立した、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき、令和２年１月に設置された循環器病対策推進協議会では、脳卒中及び心血管疾患の医療に係るサービスの提供を含めた対策についての議論が行われており、令和２年夏頃を目途に循環器病対策推進基本計画が策定される予定である。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各疾患や各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

※　疾患管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいう[1]。

## 第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状

### １　急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見により ST 上昇型心筋梗塞と非 ST 上昇型心筋梗塞に大別される。

[1] 日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012 年改訂版）」（平成 27 年 1 月 14 日更新版）

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ST 上昇型心筋梗塞と非 ST 上昇型心筋梗塞で異なるところもあるが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

(1) 急性心筋梗塞の疫学

１年間に救急車で搬送される急病の約 8.6%、約 30.2 万人が心疾患等である[2]。

また、虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている患者数は約 78 万人と推計される[3]。

さらに、年間約 20 万人が心疾患を原因として死亡し、死亡数全体の 15.2%を占め、死亡順位の第２位である。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は心疾患死亡数全体の約 19.0%、約 3.7 万人である[4]。

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要である。また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要である。

(2) 急性心筋梗塞の医療

① 予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

② 発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行う。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及び AED の使用により、救命率の改善が見込まれる。

住民による心肺機能停止傷病者への応急手当は約 48%に実施されており[1]、AED は全国に推定約 48 万台普及している状況である[5]。

③ 診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になる。

特に ST 上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要である。

非 ST 上昇型心筋梗塞では至適な薬物療法を行いつつ必要に応じて早期に冠動脈造影を行う。

---

2 消防庁「平成 28 年度版　救急・救助の現況」（平成 28 年）

3 厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

4 厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

5 厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者　坂本哲也）（平成 26 年度）

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症について確認することも重要である。

④　急性期の治療

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われる。

また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われる。

ア　ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高い。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）等の外科的治療が第一選択となることもある。

イ　非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行う。

⑤　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施する。

喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

⑥　急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われる。

また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。

2　大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔(真腔・偽腔)になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたす。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれる。

病期としては、発症２週間以内が急性期、２週間以降が慢性期とされている。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどである。そのため、本指針においては主に急性大動脈解離について記載することとする。

(1)　大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約 4.2 万人と推計される[6]。また、年間約 1.7 万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の 1.3%を占め、死亡順位の第９位である[7]。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は１時間毎に１～２%ずつ上昇するといわれている。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要である。

(2)　大動脈解離の医療

①　急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT 等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になる。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類される。A 型と B 型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要である。

②　急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。

ア　Stanford A 型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもある。

イ　Stanford B 型急性大動脈解離は、A 型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となる。また近年、合併症を有する B 型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもある。

③　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施する。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要である。

④　急性期以後の医療

発症から２週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われる。しかしながら、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもある。

---

6　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

7　厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

## 3　慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来たし日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

### (1)　慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約 30 万人と推計され、そのうち約 70%が 75 歳以上の高齢者である[8]。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約 36.6%、約 7.2 万人である[9]。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されている。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要である。

### (2)　慢性心不全の医療

#### ①　診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になる。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行う。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有するが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要である。

#### ②　慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現･悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となる。また、心不全の増悪要因によっては、PCI や外科的治療が必要となることもある。

#### ③　心不全増悪予防

心不全の増悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発･悪化、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分･水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれている。

---

8　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

9　厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法･運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要である。

④　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。

(1)　発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

①　周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施

②　専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(2)　発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

①　医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始

②　専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(3)　合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

①　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施

②　運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施

(4)　在宅療養が可能な体制

①　合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施

②　再発予防のための定期的専門的検査の実施

### ２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　発症予防の機能【予防】

①　目標

・　心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること

・　初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
・　初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

(2)　応急手当・病院前救護の機能【救護】

①　目標

・　心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

②　関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

・　発症後速やかに救急要請を行うこと
・　心肺停止が疑われる者に対して、AED の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること

(救急救命士を含む救急隊員)

・　地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること
・　急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

(3)　救急医療の機能【急性期】

①　目標

・　患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に専門的な治療を開始すること
・　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
・　再発予防の定期的専門的検査を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT 検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が 24 時間対応可能であること
・　心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が 24 時間対応可能であること
・　ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば PCI を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること
・　慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
・　呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
・　虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
・　電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること

・　運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
・　抑うつ状態等の対応が可能であること
・　回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

③　医療機関の例
・　救命救急センターを有する病院
・　心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
・　心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

(4)　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】

①　目標
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
・　在宅等生活の場への復帰を支援すること
・　患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること

②　医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
・　心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
・　合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・　運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
・　心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
・　急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③　医療機関の例
・　内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

(5)　再発予防の機能【再発予防】

①　目標
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　在宅療養を継続できるよう支援すること

②　医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
・　緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること

・　合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・　急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
・　在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

③　医療機関の例
・　病院又は診療所

## 第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報
・　年齢調整受療率（患者調査）
・　健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
・　高血圧性疾患患者、脂質異常症患者、糖尿病患者の年齢調整外来受療率（患者調査）、喫煙率（国民生活基礎調査）
・　総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
・　退院患者平均在院日数（患者調査）
・　在宅等生活の場に復帰した患者の割合（患者調査）
・　年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送
・　救急搬送件数（直接搬送割合、転院搬送割合）
・　搬送先医療機関
・　発症から受診までに要した平均時間
・　救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間
・　医療機関収容までに心停止していた患者の割合
・　心肺停止が疑われる者に対して現場に居合わせた者により救急蘇生法を実施した割合
・　心肺停止を目撃してから除細動（AED）までの時間

②　医療機関等

ア　救命救急センター、CCU 等を有する病院
・　検査、治療体制（人員・施設設備、夜間休日の体制）
・　実施可能な治療法、リハビリテーション

・　急性心筋梗塞患者来院後、血栓溶解療法または心臓カテーテル検査を開始するまでに要する時間
・　急性心筋梗塞患者来院後 90 分以内に再疎通できた割合
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）

イ　回復期のリハビリテーションを行う病院・診療所
・　検査、治療体制（人員・施設設備）
・　実施可能な心筋梗塞等の心血管疾患の治療法、リハビリテーション
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）

(3)　指標による現状把握

別表３に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　圏域の設定

(1)　都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第２医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、各疾患及び各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患には、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関が限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から 、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に心筋梗塞等の心血管疾患の診療に従事する者、消防機関、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討

(1)　都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して、疾患に応じた医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

４　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

５　数値目標

都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

６　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

７　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については

３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

## ８　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# 糖尿病の医療体制構築に係る指針

糖尿病は、様々な遺伝素因に種々の環境因子が作用して発症する。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての患者教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には薬物療法まで含めた治療が行われる。

また、糖尿病は脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来たすことが多い。

予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。

さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要である。

本指針では、「第１　糖尿病の現状」で糖尿病の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

## 第１　糖尿病の現状

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群である。

糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする１型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する２型糖尿病に大別される。

インスリン作用不足により高血糖がおこると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、その持続により合併症を発症する。糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症がある。

① 急性合併症には、ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等がある。

② 慢性合併症は、全身のあらゆる臓器に起こるが、特に細小血管症に分類される糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害や、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞・狭心症、糖尿病性壊疽がある。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能である。合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要である。

糖尿病の医療は、１型糖尿病と２型糖尿病によって異なるが、適切な血糖コントロールを基本とした医療は共通であることから、本指針においては一括して記載することとする。

### １　糖尿病の疫学

糖尿病が強く疑われる者は1,000万人であり、過去４年間で50万人増加している。

また、糖尿病の可能性が否定できない者は1,000万人である[1]。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約329万人である[2]。

さらに、全糖尿病患者の11.8%が糖尿病性神経障害を、11.1%が糖尿病性腎症を、10.6%が糖尿病性網膜症を、0.7%が糖尿病性足病変を合併している[3]。新規の人工透析導入患者は、約４万人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である者は約１万６千人（42.3%）である[4]。

なお、年間約１万４千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めている[5]。

## ２　糖尿病の医療

糖尿病の診断、治療等に関する現状を参考として以下に示すが、詳細は日本糖尿病学会編によるガイドライン（「糖尿病診療ガイドライン2019」、「糖尿病治療ガイド2016-2017」）及び「糖尿病治療ガイド2018-2019」の要約版である日本糖尿病対策推進会議編『糖尿病治療のエッセンス2017』等の診療ガイドラインを参照されたい。

なお、以下、糖尿病における「診療ガイドライン」は上記を指すこととする。

### (1)　予防・健診・保健指導

２型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣が重要である。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できる。

個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見による重症化予防につなげるために、特定健診などの定期的な健診を受診することが必要である。また、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが重要となる。例えば、特定健診で高血糖など複数のリスクを有し特定保健指導の該当者となった場合には、特定保健指導にて生活習慣の改善を行う。一方、高血糖のみを有する者や、非肥満の者で特定保健指導の該当者とならない者についても対応を行うことが望ましく、これらの者の対応については「標準的な健診・保健指導プログラム」を参考とされたい。医療機関は、地域における糖尿病の予防の取組によって、日頃から糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善が促進されるよう、医療保険者等と連携することが必要である。

### (2)　診断

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要である。

初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要がある。

---

1　厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成28年）
2　厚生労働省「患者調査」（平成29年）
3　厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成19年）
4　（社）日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」（平成30年）
5　厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成30年）

(3)　治療・指導

糖尿病の治療は、１型糖尿病と２型糖尿病で異なる。

１型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多い。

一方で、２型糖尿病の場合は、２～３ヶ月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬又はインスリン製剤を用いた薬物療法を開始する。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続する。

慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療など内科的治療を行うことによって、その発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を阻止または遅らせることが可能である。慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導する必要がある。

血糖コントロールの指標として、患者の過去１～２ヶ月の平均血糖値を反映する指標である HbA1c が用いられる。血糖コントロールの目標は、年齢、罹病期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定することが望ましい。

また、糖尿病患者には、シックデイ（発熱、下痢、嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができないとき）の対応や、低血糖時の対応について事前に十分な指導を行う。

(4)　合併症の治療

①　急性合併症

糖尿病ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖症候群といった糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療を実施する。

②　慢性合併症

内科、眼科等の診療科が連携し、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等の慢性合併症の早期発見に努める必要がある。慢性合併症の治療を行うに当たっては、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関等が連携する必要がある。

ア　糖尿病性網膜症の治療は、増殖前網膜症又は早期の増殖網膜症に進行した時点で、失明予防の観点から光凝固療法を実施する。硝子体出血及び網膜剥離は手術療法を実施する。

イ　糖尿病性腎症の治療は、血糖及び血圧のコントロールが主体であり、そのために食事療法や薬物療法を実施し、腎不全に至った場合は透析療法を実施する。

ウ　糖尿病性神経障害の治療は、血糖コントロールや生活習慣の改善が主体であり、薬物療法を実施することもある。

（脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照）

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　糖尿病の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築する。

(1)　糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制
　①　糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施
　②　良好な血糖コントロールを目指した治療の実施
(2)　血糖コントロール不良例の治療や急性合併症の治療が可能な体制
　①　教育入院等による、様々な職種の連携によるチーム医療の実施
　②　急性増悪時の治療の実施
(3)　糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

2　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】
　①　目標
　・　糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
　・　良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること
　②　医療機関に求められる事項
　次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
　・　糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること
　・　75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
　・　食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
　・　低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
　・　専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
　③　医療機関の例
　・　病院又は診療所
(2)　血糖コントロール不良例の治療を行う機能【専門治療】
　①　目標
　・　血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること
　②　医療機関に求められる事項
　次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
　・　75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
　・　各専門職種のチームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること
　・　糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
　・　食事療法、運動療法を実施するための設備があること
　・　糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
　③　医療機関の例
　・　病院又は診療所

(3)　急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

①　目標

・　糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　糖尿病昏睡等急性合併症の治療が 24 時間実施可能であること

・　食事療法、運動療法を実施するための設備があること

・　糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③　医療機関の例

・　病院又は診療所

(4)　糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

①　目標

・　糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）

・　糖尿病性網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること

・　糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること

・　糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③　医療機関の例

・　病院又は診療所

(5)　地域と連携する機能

①　目標

・　市町村や保険者と連携すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則して連携していることが求められる。

・　市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること

・　市町村や保険者が保健指導するための情報提供を行っていること

・　糖尿病の予防、重症化予防を行う市町村及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること

③　医療機関の例

・　病院又は診療所

## 第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報

- 年齢調整受療率（患者調査）
- 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
- 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査）
- 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別)、患者流入割合、流出割合（患者調査）
- 退院患者平均在院日数（患者調査）
- 健診を契機に受診した患者数
- 有病者数・有病率、予備群数
- 治療中断率（医師の判断によらないものに限る。）
- 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症率
- 糖尿病による失明発症率
- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数
- 年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　初期・安定期の治療を行う診療所

- 検査、治療体制（人員・施設設備）
- 糖尿病教室等患者教育の状況
- 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況）

②　血糖コントロール不良例等の治療を行う病院・診療所

- 検査、治療体制（人員・施設設備）
- 糖尿病教室等患者教育の状況
- 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況）

③　合併症治療を行う病院・診療所

- 検査、治療体制（人員・施設設備）
- 実施可能な慢性合併症の治療法
- 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況）

(3)　指標による現状把握

別表４に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると

考えられるサービスに関する指標（重点指標)、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たって、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に糖尿病の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

　また糖尿病対策推進会議（日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が、糖尿病の発症予防等を目指して共同で設立した会議）を活用すること。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、血糖コントロールを中心として、多種多様な合併症についても連携して治療を実施するため関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。

　また、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

　また都道府県は、関係団体等との連携、特に糖尿病対策推進会議の活用により、標準的な治療の普及、協力体制の構築を図る。なお、都道府県における糖尿病性腎症の重症化予防の取組については、糖尿病性腎症重症化予防プログラム[6]が策定されており、都道府県に求められる取組の例示として、糖尿病対策推進会議等との情報共有、課題・対応策等の議論、本プログラムを参考にした都道府県レベルの糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定等が盛り込まれており、都道府県内の取組が円滑に行われるよう体制構築に取り組む際には参照されたい。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号)の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

6　「「糖尿病性腎症重症化プログラム」の策定について（依頼)」（平成 28 年４月 20 日付け保発 0420 第４号厚生労働省保険局長通知）

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の糖尿病の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状把握に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、糖尿病の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

## 精神疾患の医療体制の構築に係る指針

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期の入院が必要となっている精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、

① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。

② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、令和２年度末（第５期障害福祉計画の最終年度)、令和５年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき基盤整備を推し進める必要がある。また、第６期障害福祉計画（令和３～令和５年度）において、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数（地域平均生活日数）が成果目標として検討されている。

さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）を踏まえて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、作業部会等を通じて、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

本指針では、「第１　精神疾患の現状」で多様な精神疾患等ごとの現状・課題を概観し、「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析した上で、地域の実情に応じて圏域（精神医療圏）を設定し、その圏域ごとに不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にして、医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにする必要がある。

## 第１　精神疾患の現状

### １　現状・課題

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成 29 年には推定患者数で 419 万人を超える水準となっている[1]。そのうち、入院患者数は約 30.2 万人[1]、外来患者数は約 389.1 万人[1]であり、１年以上の長期入院患者数は約 17.1 万人である[1]。我が国での調査結果では、国民の４人に１人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている[2]。

自殺者数は、平成 22 年以降は９年連続の減少となっている。しかし、日本の自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が４割程度を占めている[3]。

精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

#### (1)　統合失調症

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は 79.2 万人であり、うち入院患者数は 15.4 万人である[1]。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、平成 26 年の精神病床における１年以上の長期入院患者数 12.1 万人のうち、その６割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっている[4]。これにより１年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待される。

(政策動向)

厚生労働省は、難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mECT）等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、平成 26 年度から平成 29 年度にかけて、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施した。大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県等が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連

---

1　厚生労働省「患者調査」（平成 29 年）

2　厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者　川上憲人）（平成 18 年度）

3　厚生労働省「自殺対策白書」（令和元年）

4　厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者　安西信雄）（平成 25～27 年度）、第２回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会（これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会）における安西信雄氏提出資料

携・多施設連携を推進するために、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、令和５年度末までに、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法を各都道府県の圏域全体に普及することを目指して、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築する必要がある。計画の策定にあたっては、先行している諸外国の実績や、国内で先行している医療機関の実績を踏まえて、令和５年度末までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を25%～30%に普及することを目指して検討する必要がある。なお、それぞれの都道府県において

① 令和２年度末、令和５年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を設定

② 精神病床における基準病床数を設定

する際に、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案していることに留意すること。

(2) うつ病・躁うつ病

(患者動態)

平成29年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は127万人（うち入院患者数30万人）[1]であり、平成11年の総患者数の44万人（うち入院患者数25万人）[5]から増加している。

(政策動向)

厚生労働省は、平成23年度より、「認知行動療法研修事業」として、認知行動療法の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。また、平成20年度より「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、一般内科医等かかりつけ医を対象に研修を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、うつ病・躁うつ病の患者に認知行動療法やmECTが実施できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。

(3) 認知症

(患者動態)

我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24（2012）年で462万人と65歳以上高齢者の約７人に１人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約４人に１人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い令和７（2025）年には、約

[5] 厚生労働省「患者調査」（平成11年）

700 万人と約５人に１人に上昇すると見込まれている[6]。なお、平成 29 年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 70.4 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人である[1]。

（政策動向）

認知症施策を政府全体で強力に推進するため、令和元年６月 18 日、認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱（以下「大綱」という。）」がとりまとめられた。

大綱では、認知症の人や本人の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくという基本的な考え方のもと、５つの柱に沿って施策を推進している。大綱においても、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現していくこととしている。

このため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、平成 17 年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成 30 年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は 9,878 人となっている。

また、平成 20 年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、令和元年度末時点において全国で 456 カ所の認知症疾患医療センター（基幹型 16 ヵ所、地域型 367 ヵ所、連携型 73 ヵ所）が設置されている。

そのほか、平成 27 年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、令和元年度末時点で 1,741 市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。さらに、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、数値目標も含め大綱に基づき、地域の実情に応じた医療提供体制の整備を進める必要がある。その際には、以下について留意されたい。

①　早期診断・早期対応のための体制整備について

（かかりつけ医、認知症サポート医の養成）

かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医の養成を進め、身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備すること

（認知症初期集中支援チームの取組の推進）

---

6　厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（平成 27 年）

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

（認知症疾患医療センター※等の整備）

都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センター以外の認知症の鑑別診断を行える医療機関※※について、二次医療圏における65歳以上人口も踏まえ、計画的に整備を図っていくこと。

認知症疾患医療センターについては、少なくとも二次医療圏に１カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口６万人に１カ所程度整備すること。

※　認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※※　認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関

（歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上）

歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備すること

②　行動・心理症状（ＢＰＳＤ）や身体合併症等への適切な対応

（病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上）

病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること

（適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備）

認知症の人に行動・心理症状（ＢＰＳＤ）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること

③　医療・介護等の有機的な連携の推進

（認知症地域支援推進員の取組の推進）

認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

（認知症ケアパスの活用）

地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること

（若年性認知症の人やその家族の支援）

若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること

(4)　児童・思春期精神疾患

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している 20 歳未満の精神疾患を有する総患者数は 27.6 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 11.7 万人[5]から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 13 年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。

平成 24 年度に診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成 29 年時点では、23 都道府県に所在する医療機関において算定されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定された精神病床を持つ病院等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「思春期精神保健研修」を活用すること。

(5)　発達障害

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89,F90-F98）の総患者数は 23.3 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人[5]から増加している。

(政策動向)

平成 17 年４月の発達障害者支援法施行により、国立精神・神経医療研究センターにおいて、都道府県・政令指定都市の発達障害診療の指導的役割を担う者に対する研修を実施している。平成 28 年８月の改正発達障害者支援法施行により、都道府県・政令指定都市が発達障害者の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制の整備等について検討する発達障害者支援地域協議会の設置が位置付けられた。平成 29 年１月の総務省による「発達障害者支援に関する行政評価・監視」では、厚生労働省に対して、発達障害者の専門的医療機関の確保と公表を積極的に進めることを勧告している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、発達障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、発達障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、平成 28 年度から実施している「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を活用すること。

(6)　依存症

①　アルコール依存症

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.6 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 3.7 万人[7]から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されている[7]。

(政策動向)

平成 26 年６月１日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に基づき、平成 28 年５月 31 日に、アルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定された。本計画の数値目標として、全ての都道府県において、令和２年度までにアルコール依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を１カ所以上定めることが明記されている。

厚生労働省は、平成 29 年度より国立病院機構久里浜医療センターを全国拠点機関として指定し、地域において依存症の治療に当たる医療従事者や相談対応に当たる職員等を対象とした研修や、依存症に関する情報発信等を行う「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「アルコール健康障害対策推進基本計画」を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

② 薬物依存症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は 0.3 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人[5]から増加している。

(政策動向)

平成 25 年６月に、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする、刑法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 49 号）及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成 25 年法律第 50 号）が成立（平成 28 年６月１日施行）した。薬物依存症者の再犯（再使用）防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠とされ、平成 27 年 11 月 19 日に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」（平成 27 年 11 月 19 日付け法務省保観第 119 号法務省・障発 1119 第１号保護局長・矯正局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）が策定された。

また、平成 28 年 12 月 14 日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律（平成 28 年法律第 104 号）に基づき、平成 29 年 12 月 15 日に再犯防止推進計

7 厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合研究」（研究代表者 樋口進）（平成 25 年度）

画が閣議決定された。本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。

厚生労働省は、平成 29 年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

③ ギャンブル等依存症

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は 0.1 万人[1]であった。国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握を行ったところ、調査対象者の過去１年以内のギャンブル等の経験の評価結果から、「ギャンブル等が疑われる者」の割合を、成人の 0.8%と推計している[8]。

(政策動向)

平成 30 年 10 月に施行されたギャンブル等依存症対策策基本法（平成 30 年法律第 74 号）に基づき、平成 31 年４月に、ギャンブル等依存症対策推進基本計画が閣議決定された。本計画では、令和２年度までを目途に、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。

厚生労働省は、平成 29 年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

(7) 外傷後ストレス障害（PTSD）

(患者動態)

8 国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」(研究代表者　松下　幸生)（平成 28～30 年度）

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.7 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人[5]から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成８年より災害・事件・事故等による PTSD への心のケアの重要性を鑑みて、PTSD の専門家を養成するために「PTSD 対策専門研修」を行っている。また「ストレス・災害時こころの情報支援センター事業」（国立精神・神経医療研究センター）を通じて、災害及び事件、事故等が発生した際に、精神保健福祉センターや保健所等の自治体を対象に、被災者・被害者の心のケアに関する助言・技術的支援を行っている。

平成 28 年４月に策定された第３次犯罪被害者等基本計画（平成 28 年４月１日閣議決定）では、被害者への心のケアを提供することの重要性が明記されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、PTSD に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、PTSD に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

(8) 高次脳機能障害

(患者動態)

平成 13～平成 17 年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に 27 万人いると推計されている[9]。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 18 年度より高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害支援拠点機関」を活用すること。

(9) 摂食障害

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は 1.5 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 1.1 万人[5]から増加している。厚生労働科学研究

9 「高次脳機能障害ハンドブック―診断・評価から自立支援まで」（編集　中嶋八十一、寺島彰）医学書院

において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に１～２人、男子中学生の1,000人に２～５人いると推計されている[10]。

（政策動向）

厚生労働省は、平成26年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では令和元年度末において、宮城県、千葉県、静岡県、福岡県の４県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害治療支援センター」として指定し、摂食障害治療支援センターと県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「全国基幹センター」として指定し、摂食障害治療支援センターの指導・助言、摂食障害治療支援センターで集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」の取組を参考にしつつ、「摂食障害治療支援センター」を活用すること。

（10）てんかん

（患者動態）

平成29年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は21.8万人[1]であり、平成11年の総患者数の23.5万人[5]から減少している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は1,000人あたり7.71人いると推計されている[11]。

（政策動向）

厚生労働省は、平成27年度よりてんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、てんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では令和元年度末において、17道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかん診療拠点機関と県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催などの取組を行っている。また、それぞれのてんかん診療拠点機関に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、平成28年度より、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん診療全国拠点機関」として指定し、各拠点機関の指導・助言、てんかん診療拠点機関で集積されたデータの分析・評価などを行っている。

---

10　厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者　小牧元）（平成21年度）

11　厚生労働科学研究「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」（研究代表者　大槻泰介）（平成24年度）

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、てんかんに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「てんかん地域診療連携体制整備事業」の取組を参考にしつつ、「てんかん診療拠点機関」を活用すること。

（11）精神科救急

（基本情報）

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく平成 30 年度の夜間・休日の受診件数は約 4.1 万件、入院件数は約 1.9 万件となっている。また、消防庁の調査では、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は 43.1 分と長かった[12]。

（政策動向）

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。厚生労働省は、平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。

（12）身体合併症

（基本情報）

12　消防庁「救急救助の現況」（平成 28 年版）

精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されている[13]。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告がある[14]。平成 27 年度の消防庁の調査では、平成 26 年中の救急出動件数において、入電から帰署までに２時間以上を要した事案のうち「精神疾患を背景に有する患者」が 12,105 件あり、「在宅独居・施設入所の高齢者」の 13,007 件に次いで搬送時間を延伸する要因となっている[15]。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を求めている。また、消防庁主催の「平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会」では、精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例の円滑な救急搬送のためには、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者等が、平時から会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの報告がとりまとめられている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第７次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

(13) 自殺対策

(基本情報)

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の平成30年の自殺者数は２万840人であり、平成22年以降、９年連続の減少となっている[3]。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、10～39歳の各年代の死因の第１位は自殺となっている[3]。

(政策動向)

平成 18 年６月に自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱（平成 19 年６月８日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成 28 年３月に「自殺対策基本法の一部を改正する法律」（平成 28 年法律第 11 号。以下「改正法」という。）が成立し、同年４月１日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推

13 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（研究代表者　黒澤尚）（平成 19 年度）

14 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者　保坂隆）（平成 18 年度）

15 消防庁「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成 27 年度）

進等が新たに規定された。更に、改正法の趣旨や自殺を巡る実態を踏まえ、第３次「自殺総合対策大綱」（平成 29 年７月 25 日閣議決定）が策定され、適切な精神保健医療福祉サービスのうけられる体制の充実や地域における自殺未遂者等支援の整備等が新たに規定された。

厚生労働省は、平成 20 年度より、「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 20 年～令和元年度における受講参加者は、1,497 人である。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、自殺対策に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、自殺対策に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、以下の２点について留意されたい。

① 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ること。

② 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進すること。

(14) 災害精神医療

（基本情報）

令和元年 11 月時点で、全国 40 府県 45 自治体において災害派遣精神医療チーム（DPAT）先遣隊が整備されている。

（政策動向）

平成 27 年７月の防災基本計画の一部修正において、厚生労働省及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT 事務局事業を通じて、DPAT の平時の訓練と、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。その際、「DPAT 事務局事業」を参考にしつつ、「DPAT 先遣隊登録医療機関」を活用すること。

(15) 医療観察法における対象者への医療

（基本情報）

平成 17 年７月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）施行から平成30年12月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は3,246件、通院処遇決定は 622 件となっている[16]。令和２年１月１日時点における入院

16 法務省「犯罪白書」（令和元年度版）

者数は756名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約81.9%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約６％である[17]。

（政策動向）

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で800床程度、指定通院医療機関は各都道府県に最低２カ所、人口100万人当たり２～３カ所程度、指定通院医療機関として全国で382カ所を目標として整備を進めている。令和２年１月１日時点における指定入院医療機関は全国で33カ所、予備病床を含めて833床と目標を達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。また、令和２年１月１日時点における指定通院医療機関は全国で654カ所（574病院、80診療所）あるが、一部の地域で必要数を満たしておらず、必要数を満たした地域においても対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保する必要がある。

平成24年度より、指定入院医療機関の医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関に従事する多職種チームが相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業」を実施している。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、医療観察制度に基づく通院医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要がある。

２　精神疾患の医療体制

平成30年における精神病床を有する病院数は1,637病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は1,058病院である[18]。平成30年における精神病床数は32万9,692床[18]であり、平成11年の35万8,449床[19]から減少している。

平成26年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は3,890診療所[20]であり、平成11年の2,001診療所[19]から増加している。平成26年における医師・看護職員・精神保健福祉士をそれぞれ１人以上有している精神科等診療所数は、383診療所と全体の１割弱である[20]。

平成26年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は１万6,090人[20]であり、平成16年の１万3,353人[21]から増加している。平成16年と平成26年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.1倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.6倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。

17　厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ
18　厚生労働省「医療施設調査」（平成30年）
19　厚生労働省「医療施設調査」（平成11年）
20　厚生労働省「医療施設調査」（平成26年）
21　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成16年）

平成 30 年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は 921 病院[22]であり、平成 19 年の 946 病院[23]から減少している。平成 31 年における訪問看護ステーションは 10,783 事業所[24]であり、平成 19 年の 5,275 事業所[25]から約 2.0 倍に増加している。平成 27 年における精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は 59.8%であり、平成 18 年の 35.5%から増加している[26]。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「第１　精神疾患の現状」を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。

(1)　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

①　地域住民の精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援※の実践に向けた効果的な普及・啓発の推進

※　初期支援とは、心の健康問題を抱える人に対して、専門家の支援の前に身近な人によって提供される応急処置のことをいう。

②　精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築

③　本人の意思の尊重と、ICF の基本的考え方※を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※　ICF（国際生活機能分類 WHO2001 年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の３つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

(2)　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

①　多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築

②　多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築

### ２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、多様な精神疾患等ごとに各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

---

22　厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 30 年）

23　厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 19 年）

24　厚生労働省「医療費の動向調査」（平成 31 年４月）

25　厚生労働省「医療費の動向調査」（平成 19 年４月）

26　厚生労働科学研究「精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究」（研究代表者　河原和夫）（平成 27 年度）

(1)　地域精神科医療提供機能

①　目標

・　患者本位の精神科医療を提供すること
・　ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・　地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと

②　医療機関に求められる事項（例）

・　患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
・　精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
・　医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

(2)　地域連携拠点機能

①　目標

・　患者本位の精神科医療を提供すること
・　ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・　地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
・　医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
・　情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
・　人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
・　地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

②　医療機関に求められる事項（例）

・　患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
・　精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
・　医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
・　地域連携会議の運営支援を行うこと
・　積極的な情報発信を行うこと
・　多職種による研修を企画・実施すること
・　地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

(3)　都道府県連携拠点機能

①　目標

・　患者本位の精神科医療を提供すること
・　ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・　地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
・　医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
・　情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと

・　人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
・　地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

② 医療機関に求められる事項（例）

・　患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
・　精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
・　医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
・　地域連携会議を運営すること
・　積極的な情報発信を行うこと
・　専門職に対する研修プログラムを提供すること
・　地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

## 第３　構築の具体的な手順

### １　現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。その際、精神疾患の医療体制を構築するに当たっての現状の把握にあたって、地域の精神保健医療福祉資源の活用実態状況を網羅的に把握できる地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD※）を参考にすること。

※　地域精神保健福祉資源分析データベース（ReMHRAD）の活用（事業報告）

ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database）は、医療計画における別表５の都道府県別の指標の状況、精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）、訪問看護ステーション及び障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡、各社会資源の位置情報等について表示するデータベースであり、各自治体の行政担当者等が政策を作成する際に活用すること。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報

・　こころの状態（国民生活基礎調査）
・　精神疾患を有する総患者数の推移（入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
・　精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
・　精神病床における急性期入院患者（３ヶ月未満）の年齢階級別入院受療率の推移（患者調査）

・　精神病床における回復期入院患者（３ヶ月以上１年未満）の年齢階級別入院受療率の推移（患者調査）
・　精神病床における慢性期入院患者（１年以上）の年齢階級別入院受療率の推移（疾患別内訳）（患者調査）
・　精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料）
・　３ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）
・　自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2)　医療資源・連携等に関する情報
・　従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料）
・　往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
・　精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
・　精神科救急医療施設数（事業報告）
・　精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
・　医療観察法指定通院医療機関数
・　かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）
・　認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
・　認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）
・　認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）

(3)　指標による現状把握
別表５に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。

２　圏域の設定
(1)　都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定する。
(2)　医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
(3)　圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。
(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討
(1)　都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地

域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るように努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が１箇所以上あることが望ましい。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成８年１月 19 日付け健医発第 57 号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）の名称を記載する。ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。できる限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

## ４　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出する。

## ５　数値目標

都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別添を踏まえて設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に精神医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4　課題の抽出」に対応するよう「5　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# 救急医療の体制構築に係る指針

我が国の救急医療の需要は増加傾向にある。救急搬送人数を例に取ると平成 27 年には過去最多の約 548 万人となっており[1]、この傾向は今後も続くことが予想される[2]。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関が連携し、地域が一体として小児救急、周産期救急、精神科救急を含め、すべての救急患者に対応できる救急医療体制を構築することが重要である。

本指針では、「第１　救急医療の現状」で救急医療の需要及び供給体制について概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

## 第１　救急医療の現状

### １　救急医療をとりまく状況

わが国における救急医療の受療動向は、およそ以下のとおりになっている。

#### (1)　救急患者数

一日の救急患者※は、全国で約 5.9 万人であり、うち約 1.2 万人が入院していると推測される[3]。

※　救急患者

救急車等によって救急搬送される患者や、休日・夜間等の通常の診療時間外に医療機関を受診する患者等を指す。

#### (2)　救急搬送数

救急搬送人員は、平成 17 年に約 496 万人であったが、平成 27 年には約 548 万人（52 万人、10.5%増）を数えるなど、増加傾向にある[1]。その背景として、高齢化の進展、国民の意識の変化等が挙げられている。

#### (3)　高齢患者の増加

救急搬送された高齢者（満 65 歳以上）についてみると、平成 17 年には約 220 万人であったが、平成 27 年には、約 310 万人を数え、この 10 年間で約 90 万人増となっている。今後も、高齢化の進展とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと見込まれる。

#### (4)　疾病構造の変化

昭和 41 年には、救急搬送全体のおよそ半数を交通事故等による外傷患者が占め、急病は 39.9%（15.3 万人）を占めるに過ぎなかった。ところが、平成 17 年には急病が 59.4%（294 万人）、平成 27 年には、63.7%（349 万人）を占めるに至り[1]、この 10 年間で急病の救急搬送人員は 55 万人増加している。今後も急病の対応が増加するものと見込まれる。

#### (5)　重症患者の動向

---

1　消防庁「平成 28 年版　救急・救助の現況」（平成 28 年 12 月）

2　消防庁「平成 27 年度　救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成 28 年）

3　厚生労働省「患者調査」表番号 20 及び 21（平成 26 年）

平成 27 年における急病の救急搬送人員のうち、「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「脳疾患」(6.9 万人)、「心疾患等」(8.1 万人) となっている。また、急病のうち死亡が最も多いのは、「心疾患等」(38.0%) である[1]。

したがって、重症患者の救命救急医療体制を構築するに当たって、重症外傷等の外因性疾患への対応に加えて、脳卒中、急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病への対応が重要である。

(6) 軽症患者の動向

救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が 50%程度を占める。この中の一部には不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見される[2]。救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過分な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となる。このことについて、住民に理解を促すことが重要である。

このような状況に対して、総務省消防庁においては、「救急受診ガイド」等の活用により国民の理解を求める等、救急車等のより適切な利用を促すための啓発活動が行われている他、緊急性の高い傷病者に確実に救急医療資源を提供するため、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業が進められている。

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されている。精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されている[4]。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告[5]がある。

また、消防庁の調査では、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は約 43.1 分と長かった[1]。このように精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の搬送に時間を要している現状があり、適切なトリアージと精神科救急体制との連携が必要とされている。

## 2 救急医療の提供体制

救急医療の提供体制は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 病院前救護活動

① 市民への救急蘇生法の普及と、自動体外式除細動器(AED)の設置

これまで様々な主体によって、救急蘇生法の講習が行われてきた。例えば、消防機関が主体となって実施する普通救命講習だけでも、平成 27 年中、136 万人が受講している[1]。

---

4 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚）（平成 19 年）

5 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（主任研究者 保坂隆）（平成 18 年）

この結果、平成 27 年中に救急隊員によって搬送された心肺機能停止傷病者のおよそ 48.1%に対して家族等による人工呼吸や胸骨圧迫等の救急蘇生法が実施されており、その割合は毎年上昇している[1]。

平成 16 年より一般住民の使用が可能となった AED については市中（病院外）での設置が急速に広がり、全国で 60 万台（累積）が設置されるに至り[6]、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待される。

② 消防機関による救急搬送と救急救命士及びメディカルコントロール体制

救急隊は、原則として、一定の応急処置に関する教育を受けた３名以上の救急隊員により構成されている。１隊につき１名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、平成 28 年４月には 98.4%の救急隊で救急救命士が同乗している[1]。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、救急救命処置の範囲が拡大され、平成 26 年４月からは心肺機能停止前の傷病者に対する輸液等が可能となった。

傷病者への対応については、救急救命士を含む救急隊員（以下「救急救命士等」という。）の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）が策定され、全国に普及している。これによって、救急救命士等が傷病者に対してより適切に観察、判断、処置を行えるようになり、救急救命士等の資質が向上し、業務が標準化された。

これらプロトコールの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うメディカルコントロール体制※については、各都道府県にメディカルコントロール協議会を設置するなど、全国的に整備されてきた。しかし地域によっては、プロトコールの策定状況の見直しを定期的に行っていないところもあるなど、その活動実態には地域差があることが指摘されている[7]。

※ メディカルコントロール体制

病院前救護におけるメディカルコントロール体制とは、①事前プロトコールの策定、②救急救命士に対する医師の指示体制及び救急活動に対する指導・助言体制、③救急救命士の再教育及び④救急活動の医学的観点からの事後検証体制のことであり、これらの充実を図ることにより、病院前救護に関わる者の資質向上と地域における救命効果の更なる向上を目的とする。これらに加えて、メディカルコントロール協議会の役割として、⑤地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証、⑥傷病者の受入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整を行うこととしている。適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入体制の構築に向け、メディカルコントロール協議会等をさらに活用する必要がある。

平成 13 年以降、メディカルコントロール体制の整備が進められ、全都道府県と 243 地域にメディカルコントロール協議会が設置されている（平成 28 年 10 月現在）。

③ 搬送手段の多様化とその選択

---

6 厚生労働科学研究「心臓突然死の生命予後・機能予後を改善させるための一般市民による AED の有効活用に関する研究（主任研究者　坂本哲也）（平成 27 年度）

7 消防庁「メディカルコントロール体制に関する実態調査結果（解説版）」（平成 28 年 12 月 28 日）

従来の救急車に加え、ドクターカーや救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）※、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつある。

ヘリコプターによる救急搬送については、ドクターヘリが 40 道府県 49 機（平成 29 年２月現在）で運用され年間 24 千件（平成 27 年度）の出動件数を数え、消防防災ヘリコプターについても全国で 76 機（平成 27 年 10 月現在）が運用され、救急搬送のために年間 3.5 千件近く出動している[1]。

今後も、緊急度が高く、患者の治療を行う医療機関への搬送が長距離におよぶ患者に対しては、ヘリコプター等の利用が期待される。

※　救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）について

救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）を用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性をかんがみ、ドクターヘリを用いた救急医療の全国的な確保を図ることを目的に、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）が、平成 19 年６月 27 日に施行された。

都道府県が医療計画を策定するに当たって、ドクターヘリを用いた救急医療の確保について定めるとき又は変更するときには、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項」について記載すること、「都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項」及び「関係者の連携に関する事項」について記載することに努めることが求められる。

④　傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施

平成 18 年から平成 20 年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案が発生したことを契機として、平成 21 年５月に消防法（昭和 23 年法律第 186 号）が改正され、都道府県に、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定及び実施基準に係る協議、調整等を行う協議会（以下「法定協議会」という。）の設置等が義務付けられている。現在、全ての都道府県において実施基準が策定済みとなっており、今後は、実施基準のより円滑な運用及び改善が必要なため、法定協議会（メディカルコントロール協議会等をこれに位置付けることも可能）において実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況の調査及び検証を行い、必要があるときは基準の見直しを行うなどにより、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することが期待される。

一方、受入医療機関の選定困難事案は依然存在していると指摘されている。

救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・患者対応中」、「処置困難」、「ベッド満床」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられている[8]。

この問題を改善するためには、受入困難の原因を詳細に把握分析し、それぞれの地域の実状に応じて消防機関と救急医療機関（小児救急、周産期救急、精神科救急を含む。）とが一体となり対応する必要がある。

なお、救急医療機関から情報を収集し、医療機関や消防機関等へ必要な情報提供を行い、救急医療に関わる関係者の円滑な連携を構築することを目的に、救急

8　消防庁「平成 27 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」（平成 26 年 12 月）

医療情報センターを整備し、診療科別医師の在否や、手術・処置の可否、病室の空床状況等の情報を共有している。実施基準の運用により受入医療機関の選定困難事案を解消していくためには、これらの取組について、地域に即してより実効的、有効的に改善していく必要がある。

(2) 救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター

救命救急医療を担う救命救急センターは、当初100万人に1か所を目途に整備してきた。

現在、全国に284か所（平成29年1月現在）の施設が指定されている。

② 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する救急医療

救命救急センターを有する病院においては、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への医療が提供されてきた。ただし、脳卒中や急性心筋梗塞の医療は、救命救急センターを有する病院以外の病院等においても行われている。

今後も、これらの医療機関を含めて、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要がある。（脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照）

③ アクセス時間を考慮した体制の整備

救急医療（特に、脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療）においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、特に救命救急医療の整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

一定の人口規模を目安にしつつも、地理的な配置を考慮して、地理情報システム（GIS※）等の結果を参考に、地理的空白地帯を埋める形で、適切な治療が可能な救命救急医療機関の整備を進める必要がある。

なお、救命救急医療を必要とする患者の発生がそれほど見込めない場合や、十分な診療体制を維持できない場合は、例えば、ドクターヘリや消防防災ヘリコプターで患者搬送を行うといった搬送手段の工夫によりアクセス時間を短縮する等して、どの地域で発生した患者についても、一定のアクセス時間内に、必要な救命救急医療を受けられる体制を構築する必要がある。

今後新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、前記視点に加え、一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である。

※ GIS（Geographic Information System）
地図に相当する地理情報のデータベースと、表示、案内、検索等の機能を一体とするコンピュータシステムのこと。当該システムの活用により、救急医療機関までのアクセス時間等を計算することが可能となる。

④ いわゆる「出口の問題」

前述の受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられている。

その背景として、救急医療機関（特に救命救急医療機関）に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。

具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされている。

この問題を改善するには、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要である。

また、同様の問題として、救命救急センターを有する病院において、院内の連携が十分でない等の理由により、急性期を乗り越えた救命救急センターの患者が、一般病棟へ円滑に転床できずに、救命救急センターにとどまり、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点も指摘されている。これについても、救命救急医療の機能は病院全体で担う責任があるという観点から、院内における連携体制を強化していく必要がある。

(3)　入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

これまで、病院群輪番制病院や共同利用型病院等の整備が進められ、地域の入院機能を担う救急医療機関の確保が図られてきた。

多くの地域でこれらの体制が取られているが、その活動の実態は様々である。例えば病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日にかかわらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴わない地域もある[9]。

今後は、活動の実態に即して、救急医療機関としての役割を評価していく必要がある。

また、輪番制病院制度は、地域の救急医療を担う人材や設備が限られている中で、医療資源を分散して整備する必要があることや、住民・消防機関にわかりにくいといった問題もあり、一年を通じて、診療科に係わらず広く救急医療を行う医療機関について検討する必要がある。

脳卒中や急性心筋梗塞等に対する専門的な医療については、救命救急センター以外の救急医療機関においても実施してきたことについて前述したが、これらの病院も含め、救急搬送される患者の大部分が、入院を要する救急医療を担う医療機関へ搬送されており[1]、当該医療機関の更なる充実が重要である。

(4)　初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

初期救急医療は、診療所及びそれを補完する休日夜間急患センターや在宅当番医制において、地域医師会等の協力により実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者の診療を担ってきた実績がある。

しかし、曜日、時間帯や初期救急を担う医療機関の診療科などにより、入院を要する救急医療を担う医療機関に、多くの軽症患者が直接受診することもあり、結果として、入院を要する救急医療を担う医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来

9　厚生労働省「救急医療対策事業調査」（平成 27 年）

す可能性が指摘されている。今後も軽症患者の救急需要の増大が予想される中、地域の実情に応じた初期救急医療を構築する必要がある。

(5)　精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保や円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。

平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

さらに、自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）に定める第３次「自殺総合対策大綱」（平成 29 年７月 25 日閣議決定）に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医等の専門職からなるチームによる診療体制、精神保健指定医による診療協力体制等の充実を図る必要がある。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「１　救急医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し継続して実施される体制を構築する。

(1)　適切な病院前救護活動が可能な体制

①　本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施

②　メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施

③　実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ

④　地域住民の救急医療への理解

(2)　重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

①　患者の状態に応じた適切な救急医療の提供

②　救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備

③　必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制

④　脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制

⑤　急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、一般病棟へ円滑に転棟できる体制

(3)　救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

①　救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制

②　重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制

③　地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制

2　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、救急の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　病院前救護活動の機能【救護】

①　目標

・　患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること
・　メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
・　実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
・　地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

②　関係者に求められる事項

ア　住民等

・　講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AED の使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
・　傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること
・　日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

イ　消防機関の救急救命士等

・　住民等に対し、応急手当、AED の使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
・　脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること
・　搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
・　地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
・　搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
・　緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

ウ　メディカルコントロール協議会

・　救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること

・　実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
・　医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること
・　救急救命士等への再教育を実施すること
・　ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
・　ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること
・　地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること
・　必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること

(2)　救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

①　目標

・　24 時間 365 日、救急搬送の受入れに応じること
・　患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。

・　脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて 24 時間 365 日必ず受け入れることが可能であること
・　集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
・　救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
・　必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
・　救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
・　急性期のリハビリテーションを実施すること
・　急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること

・　実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
・　DMAT※派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
・　災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有が望ましいこと
・　救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること
・　医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
・　都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
・　救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）によって定められる救急病院であること

※　DMAT（災害派遣医療チーム）については、災害時における医療体制の構築に係る指針を参照。

(3)　入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】

①　目標

・　24 時間 365 日、救急搬送の受け入れに応じること
・　患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

・　救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
・　救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
・　救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
・　救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
・　急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
・　初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
・　当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
・　救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
・　医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと
・　数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること

・　救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること

③　医療機関の例

・　病院群輪番制病院、共同利用型病院

・　一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所

・　地域医療支援病院（救命救急センターを有さない）

・　脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

(4)　初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

①　目標

・　患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

・　救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること

・　休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること

・　病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること

・　休日・夜間に対応できる薬局と連携していること

・　自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

③　医療機関の例

・　休日・夜間急患センター

・　休日や夜間に対応できる診療所

・　在宅当番医制に参加する診療所

(5)　救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】

①　目標

・　在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること

・　合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

・　救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること

・　重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること

・　救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること

・　生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること

・　日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること

・　通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること

・　救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

・　診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③　医療機関等の例

・　療養病床を有する病院
・　精神病床を有する病院
・　回復期リハビリテーション病棟を有する病院
・　診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。）
・　訪問看護ステーション

## 第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、救急医療の体制を構築するに当たって、(1)～(3)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(4)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(4)の各項目について、参考として調査名や担当部局を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　救急患者動向に関する情報の収集

・　救急搬送患者数（年齢別・性別・疾患別・重症度別）（消防防災主管部局）
・　救急車により搬送された入院患者の流入割合、流出割合（患者調査）
・　搬送先医療機関（年齢別・性別・疾患別・重症度別、応需率等）（消防防災主管部局、衛生主管部局）

(2)　救急医療の医療資源に関する情報の収集

・　病院前救護活動（救急救命士の数等）（消防防災主管部局）
・　搬送手段に係わる情報（救急車、ドクターカー、ドクターヘリ、消防防災ヘリコプター等の活用状況）（消防防災主管部局、衛生主管部局）
・　救急医療に携わる施設とその位置（衛生主管部局）
・　医療機関の機能（対応可能な疾患・診療科を含む。）と体制（衛生主管部局）
・　救急医療機関の人員（衛生主管部局）

(3)　救急医療連携に関する情報の収集

①　救急搬送等

・　地域メディカルコントロール協議会の活動状況（協議会の開催頻度、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が参加した開催回数、事後検証の実施症例数、救急救命士の病院実習の実施状況等）
・　救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば 30 分以上、あるいは４医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合
・　救急要請（覚知）から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間
・　救急要請から救命救急センターへの搬送までに要した平均時間
・　救命救急センター等の各救急医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合
・　１時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率

②　救急医療に関連する施設の連携状況

・　救急医療機関への搬送手段及び搬送元の分類(現場からの搬送、転院搬送)

・　救急医療機関に搬送された救急患者の退院経路
・　転棟・転院を調整する者を常時配置している救命救急センターの数
・　休日・夜間に対応できる薬局の数

(4)　指標による現状把握

別表６に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　圏域の設定

(1)　都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。

(3)　検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に救急医療・救急搬送に従事する者、現に精神科救急に従事する者、消防防災主管部局、都道府県又は地域メディカルコントロール協議会、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討

(1)　都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が提供されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報（提供可能な救急医療等）の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の救急医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状把握に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、良質かつ適切な救急医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する時間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

## 災害時における医療体制の構築に係る指針

災害時における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要不可欠である。

本指針では、「第１　災害医療の現状」で災害医療がどのようなものであるのかについて概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築するのかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を明確に理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

### 第１　災害医療の現状

１　災害の現状

災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで様々な種類がある。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なる。

(1)　自然災害（地震に伴う津波や火事を含む。）

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山災害、雪害等がある。

①　地震

我が国においては、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり建物が崩壊したりするなど、これまでも多大な被害が発生してきた。

昭和 23 年の福井地震の後、死者が一千名を超える地震災害としては、平成７年１月の阪神・淡路大震災（死者 6,433 名）、平成 23 年３月の東日本大震災（死者 15,893 名、行方不明者 2,556 名（平成 28 年 12 月９日現在））がある[1]。また、平成 28 年４月 14 日と 16 日に最大震度７の地震が熊本県を中心とした九州地方に発生し、その被害は死者 49 名、重傷者 345 名、軽傷者 1,318 名（平成 28 年５月 31 日時点）に上った[2]。

このため、遠くない時期に発生することが懸念されている東海地震、東南海・南海地震、首都直下地震はもちろんのこと、それ以外の地域でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、すべての地域で地震に対する災害医療体制を構築する必要がある。

②　風水害等

近年、短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、大河川の氾濫も相次いでいる。平成 26、27 年は、台風については計 10 個の台風が上陸し大きな被害をもたらした。特に、平成 26 年８月 20 日の広島土砂災害では死者・行方不明

1　平成 28 年 12 月９日警察庁緊急災害警備本部

2　厚生労働省「平成 28 年版　厚生労働白書」

者 76 名、負傷者 68 名の被害が、平成 27 年関東・東北豪雨では、死者・行方不明者８名、負傷者 80 名の被害が生じた。今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されている。

また、火山噴火では、平成 26 年９月、御嶽山が噴火し、死者 63 名、負傷者 69 名の大きな被害が生じた。また、平成 27 年５月、口永良部島の新岳が噴火し、島滞在者全員が屋久島へ避難する事態も発生した[3]。

＜平成 26、27 年における風水害等の状況＞

| 災　害　名 | 死者行方不明者 | 住家全壊 |
|---|---|---|
| 平成 26 年８月<br>広島土砂災害 | 76 名 | 179 棟 |
| 平成 26 年９月<br>御嶽山噴火 | 63 名 | ０棟 |
| 平成 27 年５月<br>口永良部島噴火 | ０名 | 確認中 |
| 平成 27 年９月<br>関東・東北豪雨 | ８名 | 80 棟 |

(2)　事故災害

事故災害として、鉄道災害、道路災害、大規模な火事災害、林野災害等の大規模な事故による災害等が挙げられる。

例として、昭和 60 年に発生した日航機墜落事故（搭乗員 524 名中 520 名死亡）や平成 17 年４月に発生した JR 福知山線尼崎脱線転覆事故（死者 107 名、負傷者 555 名）等が挙げられる。

２　災害医療の提供

我が国の災害医療体制は、国や自治体が一部支援しつつ、関係機関（救急医療機関、日本赤十字社、地域医師会、地域歯科医師会、地域薬剤師会、都道府県看護協会等）において、地域の実情に応じた体制が整備されてきた。

さらに、平成７年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、下記のような整備がなされており、平成 23 年に発生した東日本大震災を踏まえて見直しが行われたところである。

なお、原子力災害、危険物等災害及びテロ等への対策については、関係する法律に基づき体制整備がなされるものであり、本指針では対象としない。

(1)　災害拠点病院

平成８年度以降、災害拠点病院（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）の整備が図られ、平成 28 年４月現在、全国で 712 病院が指定されている。

災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う。

[3] 内閣府「平成 28 年版　防災白書」

「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年３月 21 日付け医政発 0321 第２号厚生労働省医政局長通知。以下「災害医療通知」という。）の中で、それぞれの災害拠点病院の機能強化を図ることとなっており、同時に災害拠点病院の要件を充足しているか随時確認することが重要である。

なお、地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群※等が多く発生するが、平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、災害拠点病院は救命救急センター又は第二次救急医療機関の機能を有する必要がある。

精神科病院については、平成 23 年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成 28 年の熊本地震でも被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約１万床（全精神病床の約３％）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。

※　挫滅症候群

身体の一部、特に四肢が瓦礫等により圧迫されると筋肉等が損傷を受け、壊死した筋細胞からカリウム等が漏出する。その後、圧迫が解除されると、血液中にそれらが大量に流れ込むことにより、不整脈や急性腎不全等を来し致死的になる疾患。

(2)　災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）

平成 17 年度以降、災害急性期（概ね発災後 48 時間）にトレーニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に出向いて救命医療を行うことが、予防できる被災者の死の回避につながるとの認識の下、「災害派遣医療チーム（DMAT）」の養成が開始された。平成 28 年４月１日現在、1,508 チームが養成されている。

DMAT の果たす任務と役割は、災害発生後直ちに被災地に入り、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における診療支援」等を行うことである。

一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣の DMAT が災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行う。

新潟県中越地震（平成 16 年）や尼崎列車事故（平成 17 年）等の規模で人的被害が発生するような災害では、近隣の DMAT が、災害現場で医療支援を行うことに加えて、災害拠点病院等の負傷者の集まる被災地域の病院で医療支援を行い、場合によっては、患者を近隣地域の災害拠点病院へ搬送する際の医療支援を行う。

また、東日本大震災（平成 23 年）や平成 28 年熊本地震（平成 28 年）、今後発生が懸念される東海地震などによって甚大な人的被害が発生するような災害では、これらの対応に加えて、遠隔地域からも DMAT が被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ多数広域医療搬送する際の医療支援を行う。

これまでの DMAT の活動実績としては、東日本大震災（平成 23 年）において 47 都道府県の DMAT が出動し、被災県に約 380 チームが病院支援や域内搬送、広域医療搬送を実施した事例や、新潟県中越沖地震（平成 19 年）や岩手・宮城内陸地震（平成 20 年）において、近隣県から DMAT が出動し、病院支援や現場活動等が行われた事例が挙げられる。

平成28年熊本地震では、４月14日の最大震度７の地震の発生時は、熊本県及び九州地域のDMATに派遣を要請し、４月16日の最大震度７の地震の発生時は、全国のDMATに派遣を要請し、最大216チーム（平成28年４月17日時点）が出動した。

現地においてDMATは傷病者の応急処置を行うとともに、建物の倒壊リスクやライフライン途絶等により、転院搬送が必要となった10カ所の病院から約1,500人の搬送を行うなど、災害急性期医療に対応した。

なおDMATの活動は、都道府県と医療機関の間で平時において締結された協定等に基づいて運用されている。

また、地域防災計画においてDMATの役割について明示することなどにより、DMAT活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(3) 災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）

平成23年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成24年度に「災害派遣精神医療チーム（DPAT)」の仕組みが創設され、平成25年よりその養成が開始されている。DPATは、都道府県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成される。

DPATは、「被災地での精神科医療の提供」、「被災地での精神保健活動への専門的支援」、「被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。)」、「支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援」等の役割を担う。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した他都道府県においても活動できるチームを、先遣隊と定義している。

平成28年の熊本地震においては、全国から被災地にDPATが派遣され、同年10月28日までに、41都道府県から延1,242隊が派遣された。

平成29年３月時点では、29府県において先遣隊が整備されている。今後の災害に備え、地域防災計画においてDPATの役割について明示することなどにより、DPAT活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(4) 医療チーム（救護班）

災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、日本医師会災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team)、日本赤十字社や各種医療団体等を中心とした医療チームが、DMAT、DPATとも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

特にJMATは、平成23年の東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。

また、被災地における医療提供体制の回復を目的として、被災地の実情に応じた長期間の支援を行う事も特徴で、東日本大震災では1,834日間（平成23年３月15日～平成28年３月21日）で計2,763チーム（延12,628名）が、平成28年熊本地震では104 日間（平成28年４月15日～平成28年７月26日）で計568チーム（延2,556名）が被災地において活動した。

今後、わが国の高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となる。

(5) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System）

災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼動状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する広域災害・救急医療情報システム（以下「EMIS」という。）が全国的に整備され、平成 26 年に全都道府県において導入された。

災害時において機能する情報システムを構築し、活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者が、この情報システムについて理解し、日頃から入力訓練等を行う必要がある。

また、実際に災害が起きた際には、被災した病院に代わって県や保健所等が、情報システムへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要である。

(6) 保健医療調整本部

平成 28 年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成 28 年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成 28 年 7 月 20 日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。

こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

(7) 都道府県災害医療コーディネーター

災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者である。

なお、厚生労働省では、平成 26 年度より災害医療コーディネーター研修事業を実施し、災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

平成 28 年熊本地震においても、計 14 名の災害医療コーディネーターが、災害対策本部において医療チームの調整を行った。

(8) 災害時小児周産期リエゾン

災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

1　目指すべき方向

前記「第１　災害医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす関係機関、さらにそれらの関係機関相互の連携により、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築する。

また構築に当たっては、地域の防災計画と整合性を図る。

(1)　災害急性期（発災後 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制

①　被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制

②　必要に応じて DMAT、DPAT を直ちに派遣できる体制

(2)　急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

・　救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

2　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、災害医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　災害時に拠点となる病院

①　災害拠点病院

ア　目標

・　被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること

・　災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること

・　患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること

・　自己完結型の医療チーム（DMAT を含む。）の派遣機能を有すること

・　被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

イ　医療機関に求められる事項

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。地域災害拠点病院は、地域において中心的な役割を担う。

・　災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること

・　多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること

・　基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること

・　被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること

・　災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること

・　災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること

・　飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること

・　加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、

医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等※において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）

・　基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
・　病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
・　EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・　複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
・　被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
・　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・　災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

※　医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

② 災害拠点精神科病院

ア 目標

・　被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
・　災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること
・　災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
・　DPAT の派遣機能を有すること
・　被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

イ 医療機関に求められる事項

災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

・　災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所を確保していること（体育館等）
・　重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
・　診療に必要な施設が耐震構造であること
・　被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
・　災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
・　災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること

・　飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
・　加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等※において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）
・　災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成（都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
・　EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・　複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
・　被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
・　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・　災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

※　医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

(2)　災害時に拠点となる病院以外の病院

①　目標

・　被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
・　被災をしても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

②　医療機関に求められる事項

・　被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努めること
・　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・　EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・　災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること

(3)　都道府県等の自治体

①　目標

・　消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
・　保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症

のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

② 自治体に求められる事項

・ 平時から、災害支援を目的とした DMAT、DPAT の養成と派遣体制の構築に努めること
・ 災害医療コーディネート体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
・ 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
・ 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
・ 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成 28 年 12 月 5 日付け医政地発 1205 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
・ 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit。以下「SCU」という。）の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと

## 第３ 構築の具体的な手順

### １ 現状の把握

都道府県は、災害時の医療体制を構築するに当たって、(1)に示す項目を参考に、人口、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(2)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 医療資源・連携等に関する情報

・ 地勢情報、地質情報
・ 人口分布（時間帯別人口の状況）
・ 過去の災害発生状況（種別、地域別、件数）
・ 地域防災計画、管内の各自治体の防災計画、地域のハザードマップ
・ 他の関係部局における体制（救助、搬送に係るシステム、インフラ）
・ 医療資源（医療機関、緊急医療チーム）
・ 医薬品、医療（衛生）材料等の備蓄、供給体制

(2) 指標による現状把握

別表７に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、

医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災し医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県をまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制を定める。

　また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関、日本赤十字社の開設する病院等）の参画も得ることとする。

(2)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に災害医療に携わる者、消防防災主管部局、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、受援あるいは応援派遣、救命医療、健康管理の各機能が被災時においても確保されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

　また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各機能を担う医療機関の名称を記載することとする。

　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

　さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

　また記載に当たっては下記の点に留意する。

①　災害拠点病院

　災害拠点病院については、地勢的・地質的状況、地理的バランス（分散により、同時に被災する危険性を低下させる場合がある。）、受入能力、広域医療搬送ルート等を考慮の上、医療計画に記載する。また、対応するエリアも明記する。

②　SCU

広域医療搬送を想定し、SCU の設置場所及び協力を行う医療機関をあらかじめ定める。

4　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の災害医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状把握に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、良質かつ適切な災害時の医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# へき地の医療体制構築に係る指針

へき地における医療の確保については、昭和 31 年度以来、11 次に渡って「へき地保健医療計画」を策定し、第 10 次計画（平成 18～22 年度）からは国で示した指針を基に都道府県が地域の実情に応じて計画を策定し対策を講じてきた。「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 84 号）により、医療計画では４疾病・５事業（現在は５疾病・５事業）に係る医療提供施設間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制に関する事項について記載することとなり、都道府県は第５次医療計画（平成 20～24 年度）より、医療計画においてもへき地の医療体制について定めている。

そのため、都道府県は「へき地保健医療計画（第 11 次実施期間：平成 23～29 年度)」と「医療計画（第６次実施期間：平成 25～29 年度)」をそれぞれ策定し、両者の整合性を図る必要性が生じた。また、へき地保健医療対策はドクターヘリによる救急患者の搬送など地域医療の取組と連動していることから、他事業とより一層の連携を図っていくことが求められている。

以上を踏まえ、平成 26 年度の「へき地保健医療対策検討会」（以下「へき地医療検討会」という。）において、平成 30 年度から実施する第７次医療計画策定時期に合わせ、「へき地保健医療計画」と「医療計画（へき地の医療体制)」を一体的に策定する方針とされた[1]。

上記の方針は、平成 28 年度の「医療計画の見直し等に関する検討会」においても了承されたことから、今後、へき地保健医療対策は医療計画（へき地の医療体制）において計画を策定することとする。

へき地医療検討会において、へき地保健医療計画と医療計画を一体化することによるへき地医療対策の後退を懸念する意見もあったことから、従来、へき地保健医療計画で示されていたへき地保健医療対策に必要な項目が、医療計画において欠如することのないよう、留意されたい。

本指針は、へき地保健医療対策のさらなる充実を目指して、人口減少・高齢化等に対応し、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。

具体的には、「第１　へき地医療の現状」でへき地医療の状況等について概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各関係機関に求められる機能を理解した上で、機能を担う関係機関とさらにそれらの関係機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

## 第１　へき地の医療の現状

### １　へき地医療の現状

へき地※（離島におけるへき地を含む。）における医療の確保については、昭和 31 年度からへき地保健医療計画を策定し、各種対策を講じてきている。

---

[1] へき地保健医療対策検討会報告書（第 11 次）（平成 27 年３月）

※　無医地区*、準無医地区**などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

＊　原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

＊＊　無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

(1)　無医地区等の現状

無医地区については、昭和 41 年に 2,920 地区（人口 119 万人）存在したが、その後の 11 次にわたるへき地保健医療計画の実施により、その解消が継続的に図られ、その結果、平成 26 年 10 月末の無医地区は 637 地区（人口 12.4 万人）となっている[2]。

交通環境の整備等により無医地区は減少を続けているものの、解消には至っていないことを考慮すると、引き続きへき地保健医療対策を実施することが重要である。

(2)　へき地医療に従事する医師の現状

医師免許取得後にへき地で勤務することを条件とした地域枠※を設定しているのは 18 都道府県、へき地医療に従事することを条件とした奨学金制度があるのは 26 都道府県となっている[3]。また、自治医科大学卒業医師で 9 年間の義務年限終了後もへき地で勤務を続けている医師は 24.7%となっている[4]。

地域枠等により都道府県がへき地医療に従事する医師を確保するとともに、へき地医療に動機付けするような取組や環境作りも必要である。

※　大学が特定の診療科や地域で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与（地域医療へ一定の年限従事することにより返還免除）する仕組み。

(3)　へき地診療所の現状（施設数：1,131 施設 [3]）

へき地診療所は、無医地区等において整備しようとする場所を中心としておおむね半径４㎞の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して 30 分以上要する等の診療所をいう。

へき地保健医療対策を実施している都道府県において、１都道府県あたりのへき地診療所数の平均は 26 か所であり、勤務する医師数の平均は、１診療所あたり 0.78 人となっている [3]。また、へき地診療所において研修医の受入れや医学生のへき地医療実習等を行っている施設は 344 施設（30.4%）となっている [3]。

また、へき地診療所のうち歯科を設置しているのは 34 都道府県（135 施設、11.9%）であった [3]。なお、過疎地域等特定診療所※のうち歯科を設置しているのは 13 道県（59 施設：93.7%）となっている [3]。

※　過疎地域等に開設する眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療所。

(4)　へき地医療拠点病院の現状（施設数：323 施設 [3]）

---

2　厚生労働省「無医地区等調査」（平成 26 年度）

3　厚生労働省「現況調査」（平成 31 年４月）

4　厚生労働科学研究「都道府県へき地保健医療計画の検証ならびに次期策定支援に関する研究」（平成 27 年度）

へき地医療拠点病院は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等の医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院をいう。

ただし、へき地医療拠点病院の指定を受けてから一定の期間が経過した後においても、主たる３事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣について、一部の病院において実施されていないという課題がある。

※　へき地医療拠点病院における支援事業の実施状況について、巡回診療を行っていない施設は 230 施設（71.2%）、医師派遣を行っていない施設は 203 施設（62.8%）、代診医派遣を行っていない施設は 215 施設（66.6%）。また、いずれも行っていない施設は 65 施設（20.1%）[3]。

(5)　へき地を支援するシステム等の現状

へき地医療支援機構は、へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、都道府県等に設置される。

へき地を有する 43 都道府県のうち、へき地医療支援機構を設置しているのは 40 都道府県であり、３県が未設置である[3]。

へき地医療支援機構の調整により行われたへき地医療拠点病院の医師・代診医派遣日数の平均は 65.1 日、へき地診療所の医師・代診医派遣日数の平均は 119.55 日となっている[3]。

へき地医療支援機構の専任担当官の活動状況は地域ごとに異なり、専任担当官が１週間のうちへき地医療支援業務に従事する日数は、４～５日が 15 都県ある一方、０～１日未満が６道県、１～３日が 19 府県となっている[3]。

２　へき地の医療提供体制

(1)　医療提供施設等

①　へき地診療所

・　無医地区、準無医地区等における地域住民への医療の提供

②　へき地医療拠点病院

・　へき地医療支援機構の指導・調整のもとに、巡回診療、へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）、へき地医療従事者に対する研修、遠隔医療支援等の診療支援事業等を行い、へき地における住民の医療を確保

③　へき地保健指導所

・　無医地区、準無医地区等での保健指導の実施

④　社会医療法人

・　へき地医療に関して一定の実績を有するものとして社会医療法人の認定を受け、へき地診療所やへき地医療拠点病院への医師派遣を実施

(2)　へき地医療を支援する機関等

①　へき地医療支援機構

・　へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施する

・　へき地医療に従事する医師確保のためのドクタープールの運営や、へき地医療に従事する医師のキャリアデザインの作成等のキャリア形成支援も担う

② へき地保健医療対策に関する協議会

・　医療計画等の作成のほか、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施することを目的とする。

・　へき地保健医療対策に関する協議会は、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、地域医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者等により構成する。

・　へき地保健医療対策に関する協議会の設置と活用実績があったのは 27 都道府県（62.8%）となっている[3]。

(3)　患者の搬送体制

① 内海離島（沿海域）

・　島内での船舶の確保

・　自家用船で移動する場合の陸上での搬送体制

・　ヘリコプターの着陸地点の指定

② 外海離島（沿海域以遠）

・　ヘリコプターの着陸地点の指定

③ 陸上

・　夜間の搬送体制

・　夜間等に対応する地域外の当番病院の指定

・　移動困難時における医療チームの定期的な派遣

(4)　へき地の医療提供体制に関係するその他の体制

① 情報通信技術（ICT）による診療支援体制

・　へき地における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして、情報ネットワークの整備があり、へき地医療拠点病院においては 34 都道府県（81.0%）が遠隔医療を実施している[3]。

② ドクターヘリ等の活用について

・　へき地医療においても、ドクターヘリや消防防災ヘリなどを、各地域の実情に応じて活用している。

③ へき地における歯科医療体制

・　へき地における歯科医療体制について、10 都道府県（23.3%）で歯科医師会との協議の場を設置している[4]。

④ へき地で勤務する看護師等への支援体制

・　平成 27 年より、離職時にナースセンターへ氏名等の届出を行い、復職に向けたコーディネートを行う制度が開始されている。

⑤ へき地患者輸送車・艇による輸送等実施

・　へき地患者輸送車は 30 都道県（129 か所)、へき地患者輸送艇は５県（７か所）にて整備されている[3]。

・　一部の都道府県において、患者輸送バスの運行や、通院のための交通費補助等を単独事業として実施している。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「第１　へき地医療の現状」を踏まえ、個々の役割とそれを満たす関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、へき地に暮らす住民に対する医療サービスが継続して実施される体制を構築する。

特に、へき地医療支援機構を中心とした、へき地医療拠点病院、へき地診療所等による医療提供体制の確保や、当該施設及び関係機関間の連携の強化も図る。また、へき地医療支援機構ではへき地医療を担う医師の動機付け支援とキャリアパス構築についても取り組む。

なお、へき地が医師中数・多数区域内にあり、医師少数スポットにも含まれない場合には、医師確保対策の一般的なスキームには乗らないことになるが、医師確保対策が新たに講じられた後も、引き続き巡回診療等でへき地に医療の確保がなされなければならないことを踏まえ、医師確保計画とへき地に従事する医師の確保対策を連携させ、整合性をとること。

(1)　医療を確保する体制

①　へき地の医療及び歯科診療を支える総合診療・プライマリケアを実施する医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）の確保

②　へき地医療に従事する医療従事者の継続的な確保（ドクタープール等）

③　へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援

④　医療従事者の養成過程等における、へき地の医療への動機付け

(2)　診療を支援する体制

①　へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実

②　へき地保健医療対策に関する協議会における協議

③　へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化

④　情報通信技術（ICT)、ドクターヘリ等の活用

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、へき地医療体制に求められる医療機能及び体制を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能及び体制の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　へき地における保健指導の機能【保健指導】

①　目標

・　無医地区等において、保健指導を提供すること

②　関係機関に求められる事項

・　保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること

・　特定地域保健医療システム※を活用していること

・　地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと

※　「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年５月 16 日付け医政発第 529 号厚生労働省医政局長通知）の別添「へき地保健医療対策実施要綱」（以下「へき地対策要綱」という。）に基づく事業。

特別豪雪地帯等の無医地区等に伝送装置による保健医療情報システム体制を整備し、当該地区住民の保健医療の確保を図るもの。

③　関係機関の例

・　へき地保健指導所
・　へき地診療所
・　保健所

(2)　へき地における診療の機能【へき地診療】

①　目標

・　無医地区等において、地域住民の医療を確保すること
・　24 時間 365 日対応できる体制を整備すること
・　専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備すること

②　医療機関に求められる事項

・　プライマリケアの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること
・　必要な診療部門、医療機器等があること
・　へき地診療所診療支援システム※を活用していること
・　特定地域保健医療システムを活用していること
・　緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携していること
・　へき地医療拠点病院等における職員研修等に計画的に参加していること

※　へき地対策要綱に基づく事業。へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院がへき地診療所の診療活動等を援助するもの。

③　医療機関等の例

・　へき地診療所及び過疎地域等特定診療所
・　特例措置許可病院
・　巡回診療・離島歯科診療班

(3)　へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

①　目標

・　診療支援機能の向上を図ること

②　医療機関に求められる事項

・　へき地医療拠点病院支援システム※を活用していること
・　へき地診療所支援システムを活用していること
・　巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること
・　へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助を行うこと
・　へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること
・　遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと
・　その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること
・　24 時間 365 日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること
・　高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること
・　へき地医療拠点病院については、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣（主要３事業）を、いずれか月１回以上あるいは年 12 回以上実施することが望ましいこと。従って、都道府県は、一定期間継続して上記３事業の実施回数がいずれも月１回未満あるいは年 12 回未満であるへき地医療

拠点病院については、その取組が向上されるよう、へき地保健医療対策に関する協議会の中でその在り方等について検討すること。特に、上記３事業に遠隔医療による支援を加えた４事業（必須事業）のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が当該年度の現状を確認すること。

※　へき地対策要綱に基づく事業。小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。

③　医療機関の例

・　へき地医療拠点病院
・　特定機能病院
・　地域医療支援病院
・　臨床研修病院
・　救命救急センターを有する病院

(4)　行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

都道府県は、医療計画の策定に当たり、地域や地区の状況に応じて、医療資源を有効に活用しながら都道府県の実情にあわせて、へき地医療支援機構の強化、へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築、へき地等の医療提供体制に対する支援、へき地等の歯科医療体制及びへき地等の医療機関に従事する医療スタッフへの支援など行政機関等が担うへき地医療の支援策を明示する。

①　都道府県

・　医療計画の策定及びそれに基づく施策の実施

②　へき地医療支援機構

・　医療計画に基づく施策の実施

ア　目標

・　へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、関係機関の調整等を行うこと

イ　関係機関に求められる事項

・　へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと
・　へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと
・　へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと
・　へき地における地域医療分析を行うこと
・　専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること
・　地域医療支援センターとの統合も視野に、地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと

## 第３　構築の具体的な手順

医療計画の策定に当たっては、患者や住民の視点に立った対象地域ごとの情報となるよう、分かりやすく工夫する必要がある。

1　現状の把握

都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、(1)に示す項目を参考に、対象地域の地区ごとに、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(2)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　医療資源・連携等に関する情報

- へき地医療支援機構からの支援策
- へき地医療拠点病院からの支援策
- 最寄りへき地診療所
- 当該地区の解消策とその時期
- 当該時点の支援策と解消までの支援策（解消策）
- 類型（外海離島型、内海離島型等の別）
- その他の問題点等

(2)　指標による現状把握

別表８に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　医療機能の明確化

(1)　都道府県は、へき地医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、対象地域において、個々の医療機関や体制に求められる医療機能を明確にする。

(2)　検討を行う際には、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、地域医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者、地域住民の代表等により構成される「へき地保健医療対策に関する協議会」の意見を聞き、その意見を十分踏まえつつ協議を行う。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、保健指導、へき地診療及びへき地診療の支援医療が互いに連携するよう、また、関係機関や医療機関の信頼関係を醸成するよう配慮する。

また、関係機関、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、対象地区及び各機能を担う関係機関の名称を記載することとする。
　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

4　課題の抽出
　都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、へき地の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

5　数値目標
　都道府県は、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。
　数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。
　なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。
　また、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で 12 回以上の医療機関を増やして行くため、「へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で 12 回以上の医療機関の割合」を指標とした上で、本指標の値を 100%にすることを数値目標とすることが望ましい。
　少なくともへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間１回以上の医療機関を増やしていくため、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間１回以上の医療機関の割合」を指標とした上で、本指標の値を 100％にすることを数値目標とすることが望ましい。
6　施策
　数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価
　計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　情報共有

各都道府県は、全国へき地医療支援機構等連絡会議において、へき地保健医療対策について意見交換等を行うこととする。

9　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# 周産期医療の体制構築に係る指針

周産期とは妊娠22週から出生後7日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。これまで地域における総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりの推進を図ってきたところであり、これらの達成目標は「健やか親子21」（平成12年）や「子ども・子育てビジョン」（平成22年）にも目標値として盛り込まれている。また、「少子化社会対策大綱」（平成27年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年）においても継続して周産期医療体制の充実に取り組んでいる。

これまで、周産期医療体制の整備として、具体的には、「周産期医療体制整備指針」（平成22年1月26日付け医政発0126第1号厚生労働省医政局長通知の別添２。以下「周産期整備指針」という。）に基づき、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、搬送体制の整備等を行い、地域の実情に応じて、母体・胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を推進してきたところである。周産期医療体制の整備においては、施設の整備と同時に、周産期医療を担う医師、特に分娩を取り扱う医師及び新生児医療を担当する医師や助産師、看護師等の確保が重要である。

都道府県はこれまで、医療計画の中では周産期医療体制に関する基本的な内容を記載し、周産期整備指針に基づく周産期医療体制整備計画において周産期医療体制の個別具体的な内容を定めてきているが、平成27年度から開催された「周産期医療体制のあり方に関する検討会」、平成28年度の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、周産期医療体制の整備については、災害医療、救急医療等の他事業、精神疾患等の他疾患の診療体制との一層の連携強化が指摘されたこと等を踏まえて、周産期医療体制整備計画と医療計画（周産期医療）の一体化により、両計画の整合性をはかることとした。

本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、「第１　周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」で周産期整備指針及び今回の検討会での議論を踏まえた都道府県の構築すべき医療体制について示している。なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称する。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また分娩のリスクに応じて必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて周産期医療圏を設定し、その周産期医療圏ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

周産期医療体制は、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、都道府県において、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めた上で、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図るとともに、都道府県において、医療関係者等の協力の下に、限られた資源を有効に活かしながら、将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供を図るものである。

## 第１　周産期医療の現状

１　周産期医療をとりまく状況

わが国における周産期医療の受療動向は、およそ以下のとおりとなっている。

(1)　分娩件数及び出生の場所[1]

分娩件数は、平成 17 年に約 108 万件であったが、平成 27 年には約 102 万件と約６％減少している。

出生場所は、昭和 25 年には「自宅・その他」で 95.4%が出生していたが、昭和 45 年には 3.9%となり、代わりに「病院・診療所」が 85.4%、「助産所」が 10.6%と増えている。

さらに平成 27 年には「自宅、その他」は 0.1%となり、「病院・診療所」が 99.2%、「助産所」が 0.7%と推移している。

(2)　出生年齢の推移 [1]

全出生中の 35 歳以上の割合は、昭和 25 年に 15.6%（36.5 万人）であったが、昭和 45 年に 4.7%（9.1 万人）、 平成 27 年に 28.1%（28.2 万人）と推移している。また、第１子出生時の平均年齢の年次推移は、昭和 25 年に 24.4 歳であったが、昭和 45 年には 25.6 歳、平成 12 年は 28.0 歳、平成 17 年は 29.1 歳、平成 27 年には 30.7 歳と一貫して上昇が継続している。

(3)　複産の割合 [1]

全分娩件数中の複産の割合は、平成 12 年に 1.0%、平成 17 年に 1.2%、平成 22 年に 1.0%と推移している。

(4)　周産期死亡率及び死産率 [1]

周産期死亡率（出産 1,000 対）は、昭和 55 年に 20.2、平成 12 年に 5.8、平成 17 年に 4.8、平成 27 年に 3.6 と減少している。

妊娠満 22 週以後の死産率（出産 1000 対）は、昭和 55 年に 16.4、平成 12 年に 4.5、平成 17 年に 3.8、平成 27 年に 3.0 と減少している。

(5)　帝王切開術の割合[2]

分娩における帝王切開術の割合は、平成２年に一般病院で 11.2%、一般診療所で 8.3%、全分娩に対しては 9.8%であったが、平成 26 年にはそれぞれ 24.8%、13.6%、19.5%と大幅に上昇している。

(6)　低出生体重児 [1]

低出生体重児（2,500 グラム未満）の出生割合は、平成 2 年に 6.3%、平成 12 年に 8.6%、平成 22 年に 9.6%と増加している。その後は横ばいであり、平成 27 年は 9.5%である。また、超低出生体重児（1,000 グラム未満）についても、平成 2 年に 0.19%、平成 12 年に 0.24%、平成 22 年に 0.30%、平成 27 年は 0.31 と同様の傾向である。

(7)　早産児 [1]

早産児（在胎期間 37 週未満）の出生割合は、平成２年に 4.5%、平成 12 年に 5.4%、平成 17 年に 5.7%、平成 27 年は 5.6%であり、平成 17 年以降は横ばいである。

(8)　新生児死亡率 [1]

新生児死亡率（出生 1000 対）は、平成２年に 2.6、平成 12 年に 1.8、平成 22 年に 1.1、平成 27 年に 0.9 と減少している。

(9)　妊産婦死亡率 [1]

---

[1] 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成 27 年）

[2] 厚生労働省「医療施設調査」（平成 26 年）

妊産婦死亡率（出産 10 万対）は、平成 12 年の 6.3 が、平成 22 年に 4.1、平成 27 年に 3.8 となっている。

(10) 産後うつ病の発生率

産後うつ病の発生率は、平成 13 年の 13.4%が、平成 21 年に 10.3%、平成 25 年に 9.0%となっている[3]。

2　周産期医療の提供体制

(1)　周産期医療の提供体制

①　施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ 45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は 0.7%を担っている[1]。分娩取扱施設（病院、診療所）の数は、平成８年には病院 1,720 施設、診療所 2,271 施設であったが、平成 26 年は病院 1,041 施設、診療所 1,243 施設と、20 年以上一貫して減少が続いている[2]。

分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は 1.5 人（平成 20 年）から 1.7 人（平成 26 年）と、１～２名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の 45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医数は 4.3 人(平成 20 年)から 6.0 人(平成 26 人)[2]と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成 15 年には新生児集中治療室（以下「NICU」という。）をもつ施設のうち、１施設当たりの病床が６床以下の施設数が最も多かった（日本周産期・新生児医学会調査）が、平成 26 年は６床以下の施設は 29%（医政局地域医療計画課調査）と施設の規模も拡大傾向にある。

このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が徐々に進んでいる。

一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、周産期医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏（以下「無産科周産期医療圏」という。）が存在しており、この問題の解消が課題となっている。

②　NICU の病床数は、平成 14 年に 265 施設、2,122 床であったが、平成 26 年に 330 施設、3,052 床となっている。また、母体・胎児集中治療室（以下「MFICU」という。）は平成８年より設置が開始され、平成 14 年に 42 施設、381 床であったが、平成 26 年に 110 施設、715 床と増加している[2]。

③　このような状況の中で、これまで周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきたところである。

④　「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成 17 年 12 月 22 日付け医政発第 1222007 号・雇児発第 1222007 号・総財経第 422 号・17 文科高第 642 号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・

[3] 厚生労働科学研究「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（主任研究者　山縣然太朗）（平成 25 年）

総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示した。

⑤　続いて「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」（平成 21 年３月）を受け、周産期医療対策事業の実施要綱に基づく周産期整備指針の見直しを行うため、平成 22 年１月に「周産期医療の確保について」（平成 22 年１月 26 日付け医政発 0126 第１号厚生労働省医政局長通知）を発出した。

⑥　さらに「周産期医療体制のあり方に関する検討会」を平成 27 年度から開催し、平成 23 年度以降の周産期を取り巻く様々な課題についての議論を行い、周産期医療体制の新たな方針を示した。

⑦　その後、平成 30 年７月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和２年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、産科医師・小児科医師についても、各都道府県は、産科・小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しを含む産科・小児科の医師確保計画を策定し、令和２年度より、同計画に基づく医師偏在対策を行うこととしている。産科・小児科の医師確保計画の考え方や構造については「医師確保計画策定ガイドライン」（平成 31 年３月 29 日付け医政地発 0329 第３号・医政医発 0329 第６号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）において示したところである。

⑧　また、妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、平成 31 年２月より「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」を開催し、「議論の取りまとめ」（令和元年６月 10 日）においては、医療提供に関することとして、産科及び産婦人科以外の診療科と産科及び産婦人科の医療機関の連携、妊産婦に対する診療の質の向上等に取り組んでいく必要があるとされた。

(2)　産婦人科医の実態

平成 12 年から平成 26 年までの間に医療施設に従事する医師総数が約 5.4 万人（22%）増加した一方、産婦人科医師数（産婦人科医、産科医及び婦人科医）は、平成 12 年の 12,870 人が、平成 22 年に 12,369 人、平成 26 年は 12,888 人と 18 人(0.1%)の増加である[4]。分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数は、平成 20 年は 7,390 人、平成 27 年は 8,576 人で増加傾向となっている。

(3)　新生児医療を担当する医師の実態

新生児医療を担当する小児科医等は、平成 12 年に 2,640 人、平成 22 年に 3,173 人と増加傾向であったが、平成 26 年は 3,289 人と、NICU 病床数に比して増加が緩徐である[5]。

(4)　助産師の実態

助産師数は平成８年には約 2.4 万人であったが、平成 26 年には 3.4 万人まで増加している[6]。

助産所の数（助産所の開設者である助産師数）は、平成８年に 947 施設であったものが、平成 18 年に 683 施設まで減少したが、平成 26 年に 902 施設まで回復して

[4] 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年）

[5] 日本新生児成育医学会会員数

いる。しかし、分娩取扱助産所数は、平成 23 年には 474 施設であったが平成 27 年には 408 施設と漸減している[6]。一方、院内助産所数及び助産師外来は、平成 23 年にはそれぞれ 160、894 であったが、平成 26 年にはそれぞれ 166、947 と増加傾向である[2]。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　都道府県における周産期医療体制の整備

#### (1)　周産期医療に関する協議会

##### ①　周産期医療に関する協議会の設置

都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期整備指針に規定していた周産期医療協議会を継続させる等により、周産期医療の提供体制を整備･推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、周産期医療に関する協議会を設置するものとする。周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、中核となる周産期母子医療センターや地域の一次医療施設等の医師・助産師等看護職及びその他の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等のことをいうものであり、地域の実情に応じて選定する。なお、周産期医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない。

##### ②　協議事項

周産期医療に関する協議会は、次に掲げる事項について、必要に応じて年に複数回、協議を行うものとする。またその内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。なお、周産期搬送、精神疾患を含む合併症を有する母体や新生児の受入れ、災害対策など、他事業・疾患との連携を要する事項については、周産期医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議するものとする。

ア　周産期医療体制に係る調査分析に関する事項
イ　医療計画（周産期医療）の策定に関する事項（第６次医療計画までの周産期医療体制整備計画の内容を含む。）
ウ　母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、母体や新生児の死亡や重篤な症例に関する事項
エ　総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに関する事項
オ　周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項
カ　搬送コーディネーターに関する事項
キ　他事業等との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の周産期に合併する疾患に関する医療等）
ク　地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項
ケ　産科・小児科の医師確保計画の策定に関する事項（新生児医療を担う医師の確保を含む。）
コ　産科及び産婦人科と産科及び産婦人科以外の診療科との連携体制に関する事項

---

6　厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 27 年）

サ　その他、特に検討を要する事例や周産期医療体制の整備に関し必要な事項

③　都道府県医療審議会等との連携

周産期医療に関する協議会については、医療法第 72 条に規定する都道府県医療審議会又は同法第 30 条の 23 第１項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。また、地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14 第１項に規定する協議の場をいう。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2)　総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

①　指定及び認定

都道府県は、第２の２の(2)の③に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定するものとする。また、都道府県は、第２の２の(2)の②に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定するものとする。

なお、既に指定している総合周産期母子医療センターであって、第２の２の(2)の③のイの(カ)a の要件を満たしていないもの、また、既に認定している地域周産期母子医療センターであって、第２の２の(2)の②のイの(オ)a の要件を満たしていないものについては、令和４年３月までに実施することを前提に、指定又は認定を継続することも可能とする。

②　支援及び指導

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、本指針の定める機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行うものとする。

③　指定及び認定の取消し

②に定める都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができるものとする。

(3)　周産期医療情報センター

①　周産期医療情報センターの設置

都道府県は、総合周産期母子医療センター等に周産期医療情報センターを設置するものとする。

②　周産期救急情報システムの運営

ア　周産期医療情報センターは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び助産所を含む一次医療施設や地域周産期医療関連施設等と通信回線等を接続し、周産期救急情報システムを運営するものとする。

イ　周産期医療情報センターは、次に掲げる情報を収集し、関係者に提供するものとする。

（ア）周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況

（イ）病床の空床状況

（ウ）手術、検査及び処置の可否

（エ）重症例の受入可能状況

（オ）救急搬送に同行する医師の存否

（カ）その他地域の周産期医療の提供に関し必要な事項

ウ　情報収集・提供の方法

周産期医療情報センターは、電話、FAX、コンピューター等適切な方法により情報を収集し、関係者に提供するものとする。

エ　救急医療情報システムとの連携

周産期救急情報システムについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図るものとする。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムを連携させることにより、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター、消防機関等が情報を共有できる体制を整備することが望ましい。また、災害時等、通信手段が限られた場合の周産期救急情報システムの運用についても平時より関係者に周知すること。

(4)　搬送コーディネーター

都道府県は、周産期医療情報センター、救急医療情報センター等に、次に掲げる業務を行う搬送コーディネーターを配置することが望ましい。

①　医療施設又は消防機関から、母体又は新生児の受入医療施設の調整の要請を受け、受入医療施設の選定、確認及び回答を行うこと。

②　医療施設から情報を積極的に収集し、情報を更新するなど、周産期救急情報システムの活用推進に努めること。

③　必要に応じて、住民に医療施設の情報提供を行うこと。

④　その他母体及び新生児の搬送及び受入れに関し必要な業務を行うこと。

(5)　周産期における災害対策

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された[7]。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部等において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。なお、訓練の実施にあたっては、周産期母子医療センターをはじめ、地域の一次医療施設を含めて地域全体で行うこと。

(6)　周産期医療関係者に対する研修

都道府県は、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、NICU 入院児支援コーディネーター等に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させ、また地域における母子保健や福祉等の体制についての理解を深めるため、到達目標を定め、研修を行うものとする。

①　到達目標の例

ア　周産期医療に必要とされる基本的な知識及び技術の習得

7　厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見のとりまとめ」（平成 28 年度）

イ　緊急を要する母体及び新生児に対する的確な判断力及び高度な技術の習得
ウ　NICU 等高次医療施設を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族のための環境整備や地域連携のために必要な手続き等に関する基礎的な知識の習得

② 研修内容の例

ア　産科

（ア）胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応
（イ）産科ショックとその対策
（ウ）妊産婦死亡とその防止対策
（エ）帝王切開の問題点

イ　新生児医療

（ア）ハイリスク新生児の医療提供体制
（イ）新生児関連統計・疫学データ
（ウ）新生児搬送の適応
（エ）新生児蘇生法
（オ）ハイリスク新生児の迅速な診断
（カ）新生児管理の実際
（キ）退院後の保健指導、フォローアップ実施方法等

ウ　その他

（ア）救急患者の緊急度の判断、救急患者の搬送及び受入ルール等
（イ）他の診療科との合同の症例検討会等
（ウ）地域の福祉施設、療育支援施設との連携会議等

(7)　妊産婦の診療に係る医療提供体制の整備

① 都道府県は、産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、妊産婦の特性に応じた診療の知識及び技術を習得させるための研修を行うものとする。

② 都道府県は、総合周産期母子医療センター等に妊産婦の診療について必要な情報を提供するための産科及び産婦人科の医師を配置し、地域の産科及び産婦人科以外の診療科の医師からの相談に応じる相談窓口を設置するものとする。

2　医療機関とその連携

(1)　目指すべき方向

前記「第１　周産期医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築する。

構築に当たっては、医療機関間の連携、近隣都道府県等との連携（広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置）、輸血の確保（地域の関係機関との連携を図り、血漿製剤や赤血球製剤等の輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努める）等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保についても取り組むこととする。

① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携

ア　正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む。）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制

イ　ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制

② 周産期の救急対応が 24 時間可能な体制

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による、24 時間対応可能な周産期の救急対応

③ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制やNICU、新生児回復期治療室（以下「GCU」という。）の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制。

なお、これまで、低出生体重児の割合の増加や長期入院等により病床が不足する傾向にあることから、都道府県は出生１万人対 25 床から 30 床を目標として、その配置も含め地域の実情に応じて整備を進めるものとしてきた。特に、安定した地域周産期医療提供体制の構築のためには新生児医療を担う医師の確保、充足が重要であることから、周産期母子医療センター等の地域新生児医療を担う施設における新生児医療を担当する医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策を検討し、明示することとしている。その後、平成 29 年度には、全都道府県で目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もあることから、第３の９の(2)の②に記載の通り、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、今後、NICU の集約化・重点化について検討を開始すること。

④ NICU に入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援

(2) 各医療機能と連携

前記「(1) 目指すべき方向」を踏まえ、周産期医療体制に求められる医療機能を下記①から④に示す。

都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

① 正常分娩等を扱う機能(日常の生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。)【正常分娩】

ア　目標

- 正常分娩に対応すること
- 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
- 周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

イ　医療機関に求められる事項

- 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること
- 正常分娩を安全に実施可能であること
- 他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
- 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
- 緊急時の搬送にあたっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること

ウ　医療機関の例

・　産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　助産所

② 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

ア　目標

・　周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
・　24 時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

イ　医療機関に求められる事項

（ア）機能

a　地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものである。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができるものとする。

b　地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

c　都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供するものとする。

（イ）整備内容

a　施設数

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター一か所に対して数か所の割合で整備するものとし、周産期医療圏に一か所以上整備することが望ましい。

b　診療科目

地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えないものとする。

c　設備

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる設備を備えるものとする。

(a)　産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。

ⅰ　緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器
ⅱ　分娩監視装置
ⅲ　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
ⅳ　微量輸液装置
ⅴ　その他産科医療に必要な設備

(b)　小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備えるNICUを設けることが望ましい。

ⅰ　新生児用呼吸循環監視装置

ⅱ　新生児用人工換気装置

ⅲ　保育器

ⅳ　その他新生児集中治療に必要な設備

（ウ）職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

a　小児科（新生児医療を担当するもの）については、24時間体制を確保するために必要な職員

b　産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね30分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

c　新生児病室については、次に掲げる職員

(a)　24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること

(b)　各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること

(c)　臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること

(d)　NICUを有する場合は入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい

（エ）連携機能

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合同症例検討会等の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

（オ）災害対策

地域周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

a　被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。

b　通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくことが望ましい。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

c　災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保することが望ましい。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優

先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないものとする。

ウ　医療機関の例

・　地域周産期母子医療センター（集約化推進通知に規定される連携強化病院を含む。）

③　母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

ア　目標

・　合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること

・　周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること

イ　医療機関に求められる事項

（ア）機能

a　総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものである。

b　総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

（イ）整備内容

a　施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができるものとする。なお、三次医療圏に総合周産期母子医療センターを複数設置する場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受入れに留意するものとする。

b　診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU及びNICUを有するものに限る。)、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。

c　関係診療科との連携

総合周産期母子医療センターは、当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図るものとする。

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを

設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。

また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設においては、当該施設が精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨、有さない場合は連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者及び住民に情報提供するものとする。

d　設備等

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる設備等を備えるものとする。

(a)　MFICU

MFICUには、次に掲げる設備を備えるものとする。なお、MFICUは、必要に応じ個室とするものとする。

ⅰ　分娩監視装置
ⅱ　呼吸循環監視装置
ⅲ　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
ⅳ　その他母体・胎児集中治療に必要な設備

(b)　NICU

NICUには、次に掲げる装置を備えるものとする。

ⅰ　新生児用呼吸循環監視装置
ⅱ　新生児用人工換気装置
ⅲ　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
ⅳ　新生児搬送用保育器
ⅴ　その他新生児集中治療に必要な設備

(c)　GCU

GCUには、NICUから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。

(d)　新生児と家族の愛着形成を支援するための設備

新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、NICU、GCU等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊施設等を備えることが望ましい。

(e)　ドクターカー

医師の監視の下に母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備するものとする。

(f)　検査機能

血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。

（ウ）病床数

a　MFICU及びNICUの病床数は、当該施設の過去の患者受入実績やカバーする周産期医療圏の人口等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質を確保するために適切な病床数とすることを基本とする。施設当たりのMFICU病床数は６床以上、NICUの病床数は９床以上（12床以上とすることが望ましい。）とする。ただし、三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合にあっては、当分の間、MFICUの病床数は３床以上、NICUの病床数は６床以上で差し支えないものとする。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うものとする。

(a)　MFICUの病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外のMFICUの病床数は６床を下回ることができない。

(b)　NICUの病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

b　MFICUの後方病室（一般産科病床等）は、MFICUの２倍以上の病床数を有することが望ましい。

c　GCUは、NICUの２倍以上の病床数を有することが望ましい。

（エ）職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うものとする。

a　MFICU

(a)　24時間体制で産科を担当する複数（病床数が６床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては１名）の医師が勤務していること。

(b)　MFICUの全病床を通じて常時３床に１名の助産師又は看護師が勤務していること。

b　NICU

(a)　24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること。なお、NICUの病床数が16床以上である場合は、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい。

(b)　常時３床に１名の看護師が勤務していること。

(c)　臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

c　GCU

常時６床に１名の看護師が勤務していること。

d　分娩室

原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない。

e　麻酔科医

麻酔科医を配置すること。

f　NICU 入院児支援コーディネーター

NICU、GCU 等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行う NICU 入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい。

(a)　NICU、GCU 等の長期入院児の状況把握

(b)　望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整

(c)　在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援

(d)　その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項

（オ）連携機能

総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

（カ）災害対策

総合周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

a　被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。なお、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。

b　通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

c　災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないものとする。

ウ　医療機関の例

・　総合周産期母子医療センター

④　周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】

ア　目標

・　周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）
・　在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施すること

イ　医療機関等に求められる事項
・　周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れが可能であること
・　児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること
・　訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健、福祉サービス及びレスパイト入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること
・　地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
・　医療型障害児入所施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関等の例
・　小児科を標榜する病院又は診療所
・　在宅医療を行っている診療所
・　訪問看護ステーション
・　医療型障害児入所施設
・　日中一時支援施設

## 第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報
・　出生率（人口動態統計）
・　合計特殊出生率（人口動態統計）
・　分娩数（帝王切開件数を含む。）（医療施設調査）、正常分娩数
・　死産率（人口動態統計）
・　低出生体重児出生率（人口動態統計）
・　新生児、乳児、乳幼児の死亡率（人口動態統計）
・　周産期死亡率（人口動態統計）
・　NICU 入室児数（医療施設調査）
・　ハイリスク新生児の発育発達予後
・　周産期関連疾患患者数と発生率
・　妊産婦死亡数、主な死亡の原因（人口動態統計）

・　産後訪問指導を受けた割合（地域保健・健康増進事業報告）
・　重症心身障害児の数、身体障害者手帳交付数（18 歳未満）（福祉行政報告例）
・　小児在宅人工呼吸器患者数
・　療養療育施設入所児童数

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送

・　母体搬送、新生児搬送等の救急搬送件数及び受入状況
・　搬送先医療機関
・　周産期救急情報システム等の活用状況
・　救急要請から医療機関収容までに要した時間
・　搬送先医療機関の選定において問い合わせた周産期医療関連施設数
・　ドクターカー及びドクターヘリの活用状況
・　周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの活用状況
・　搬送コーディネーターの活動状況及び勤務態勢

②　医療機関等

ア　正常分娩に対応する病院・診療所

（ア）分娩数等の診療内容及び診療体制等

・　産科医及び産婦人科医の数
・　助産師数　等

（イ）対応可能な分娩

・　母体、胎児の条件　等

（ウ）医療連携の状況

・　リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況
・　オープンシステム・セミオープンシステムへの参加状況
・　医療機器共同利用の状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況　等

イ　分娩を取り扱う助産所（院内助産所を含む。）

・　分娩数等の診療内容及び診療体制等（助産師数）
・　対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）
・　医療連携の状況（嘱託医、嘱託医療機関及びその他の周産期医療機関との連携状況、周産期医療情報システムへの参加等）

ウ　周産期医療機関（周産期母子医療センター等）

（ア）所在地、診療科目、病床数

（イ）設備

・　MFICU、NICU、GICU の病床数、稼働率
・　ドクターカーなど新生児搬送用救急車の配備状況　等

（ウ）分娩数等の診療内容及び診療体制等

・　分娩数
・　対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）
・　診療実績（周産期関連疾患や他科疾患合併妊娠の患者数、入院数等）
・　NICU、GCU 等の長期入院児の状況
・　産科医及び産婦人科医の数（医師一人あたりの分娩数）
・　新生児の医療を担当する医師数（医師一人あたりの NICU 病床数、担当患者数）

・　助産師数等
・　院内助産所及び助産師外来の活動状況
・　麻酔科医師、臨床心理士等の臨床心理技術者、NICU 入院児支援コーディネーター等の数及び勤務態勢　等

（エ）医療連携の状況
・　他の医療機関からの搬送受入状況
・　オープンシステム・セミオープンシステムの実施状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有、合同症例検討会の開催等の状況
・　在宅療養・療育を支援する機能を持った施設等との連携状況　等

（オ）災害対策の状況
・　業務継続計画の策定状況

エ　在宅療養・療育を支援する機能を持った施設

（ア）診療内容及び診療体制等
・　医師数、看護師数　等

（イ）対応可能な医療内容
・　人工呼吸器管理、気管切開のケア、痰の吸引のある児　等

（ウ）医療連携の状況
・　他の医療機関からの紹介状況
・　救急対応可能な病院等との事前の連携状況
・　医療型障害児入所施設等との連携状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況　等

(3)　都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報

①　災害時の周産期医療体制に関する事項
・　災害時小児周産期リエゾンの任命状況
・　周産期医療施設や妊産婦等の被害を想定した災害訓練の実施状況

②　近隣都道府県との連携に関する協議の状況

(4)　指標による現状把握

別表９に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　周産期医療圏の設定

(1)　都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、周産期医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、周産期医療圏の再設定を行うこと。特に、無産科周

産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。

(3)　NICU を有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。また、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に周産期医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

また、現行の周産期医療に関する協議会を十分に尊重・活用する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、関係機関・施設間の円滑な連携体制を構築した上で、「産科医療確保事業等」（「産科医療確保事業の実施について」（平成 21 年４月１日付け医政発 0401007 号厚生労働省医政局長通知）別添「産科医療確保事業等実施要綱」に規定する事業をいう。）を活用し、分娩取扱施設の確保や産科医の派遣、周産期医療圏を越える搬送体制の整備等を通じた無産科周産期医療圏問題の解消に向けた対策を医療計画に位置づけること。

さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　母体及び新生児の搬送及び受入（周産期医療圏を越えた搬送及び受入を含む。）に関する現在の問題点を把握し、都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。

その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。

(4)　産科合併症以外の合併症を有する母体への医療施設や診療科間の連携や、救急医療情報システムとの連携等、周産期救急情報システムの効率的な活用方法について検討する。

(5)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が同じ周産期医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域

の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

(6)　集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。

①　連携強化病院の体制

②　連携病院の体制

③　連携強化病院と連携病院の連携体制

④　連携強化病院における地域の周産期医療施設の支援体制

⑤　医療機関間における搬送体制

4　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の周産期医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り周産期医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、良質かつ適切な周産期医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載するものとする。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に周産期医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策

やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

9　その他（第８次医療計画に向けて）

周産期医療については、「第７次医療計画の中間見直し等に関する意見の取りまとめ」（令和２年３月２日医療計画の見直し等に関する検討会）を踏まえ、第８次医療計画に向けて、各都道府県において、下記の事項について検討するものとする。

(1)　産科・小児科の医師偏在対策に関連する事項

産科・小児科の医師偏在対策については、令和２年度より、各都道府県が策定した産科・小児科の医師確保計画に基づく対策が行われる。一方で、医療計画については、本指針を踏まえ、令和２年度中に各都道府県が中間見直しを行い、令和３年度より中間見直しを踏まえた対策が行われることとなる。産科・小児科の医師確保計画における具体的施策には、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しが含まれることから、周産期医療に係る医療計画における記載内容と原則として一致している必要がある。

各都道府県においては、本指針と「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえつつ、

○　周産期医療に係る医療計画と産科・小児科の医師確保計画との整合性

○　産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏がないようにするための、周産期医療圏の見直し等の施策

○　医療機関における勤務環境の改善、医療機関までのアクセス支援等も視野に入れた、周産期医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、検討していくこと。

(2)　24時間体制で、安全で質の高い周産期医療が提供可能な体制の構築・維持に関する事項

①　リスクの高い妊産婦に対する医療提供体制について

これまで、地域において分娩を担う施設と基幹となる施設のリスクに応じた機能分化と連携を進める取組が行われてきた。一方で、母体・胎児集中治療室（MFICU）については、まだ整備できていない都道府県もあり、第８次医療計画に向けて、集学的な救急対応が可能な体制を構築・維持できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割を踏まえ、リスクの高い妊産婦を受け入れる体制について、例えばMFICUを有する周産期母子医療センター等に重点化するなど、各都道府県において検討を開始すること。

②　新生児医療の提供体制について

新生児集中治療室（NICU）の整備については、既に全都道府県で目標を達成しており、第８次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割、体制、実績等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始すること。

なお、①及び②について検討していくに当たっては、周産期医療圏の見直し等の検討状況、MFICUとNICUの配置の整合性や連携、地域の分娩取扱施設からの緊急時の搬送体制等についても留意すること。

# 小児医療の体制構築に係る指針

小児医療については、これまで未熟児養育医療、小児慢性特定疾患治療研究事業（平成27年度以降は小児慢性特定疾病医療)、自立支援事業(育成医療)等に対する公費負担事業や重症度に応じた救急医療体制の整備等の対策を進めてきたところであり、これらの達成目標は、「健やか親子21」（平成12年)や「子ども・子育てビジョン」（平成22年）にも目標値として盛り込まれているところである。

さらに、平成17年８月に関係省庁により発表された「医師確保総合対策」等において小児科医の不足が指摘されたことから、都道府県に対し、「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。

また、平成21年７月に示された「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の中間取りまとめに基づき、消防法（昭和23年法律第186号）による小児救急患者への対応を含む実施基準の策定や、小児救命救急センターの整備、小児集中治療室（以下「PICU」という。）の整備等が行われてきたところである。さらに、「少子化社会対策大綱」（平成27年)、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年）においても、継続して小児医療の充実に取り組んでいる。

その後、平成30年７月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和２年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、産科医師・小児科医師についても、各都道府県は、産科・小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しを含む産科・小児科の医師確保計画を策定し、令和２年度より、同計画に基づく医師偏在対策を行うこととしている。産科・小児科の医師確保計画の考え方や構造については「医師確保計画策定ガイドライン」（平成31年３月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）において示したところである。

小児医療の体制については、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科･地域小児科センター登録事業」を参考に、小児救急医療のみならず地域での一般の小児医療との連携も視野に入れながら、小児の医療体制を構築する。

本指針では、小児医療の体制構築に当たり、「第１　小児医療の現状」で小児医療をとりまく状況がどのような医療が行われているのかを概観し、次に、「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称する。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて小児医療圏を設定し、その小児医療圏ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

## 第１　小児医療の現状

### １　小児医療をとりまく状況

#### (1)　小児の疾病構造

１日当たりの全国の小児（０歳から 14 歳までを指す。以下同じ。）患者数（推計）は、入院で約 2.8 万人、外来で約 74 万人となっている[1]。

①　入院については、「周産期に発生した病態」（23.1％）のほか、喘息（5.0％）をはじめとする「呼吸器系の疾患」（17.4％）、「先天奇形、変形及び染色体異常」（11.0％）、「神経系の疾患」（10.0％）が多い[1]。

②　外来については、急性上気道感染症（15.6％）をはじめとする呼吸器系の疾患（38.1％）が圧倒的に多い[1]。

また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種、児童虐待への対応等の保健活動が占める割合が大きい。

なお、小児救急診療については、患者の多くが軽症者であり、また、夕刻から準夜帯（18 時から 23 時まで）にかけて受診者が多くなることが指摘されている。

#### (2)　死亡の状況

我が国の周産期死亡率（出産 1,000 対）は 3.6、乳児死亡率（出生 1,000 対）は 1.9、幼児（１歳から４歳まで）、児童（５歳から９歳まで）、児童（10 歳から 14 歳まで）の死亡率（人口 10 万対）はそれぞれ、19.4、8.6、8.4 となっている[2]。

幼児（１歳から４歳まで）の死亡の主な原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」（20.6％）、「不慮の事故」（13.9％）、「悪性新生物」（8.8％）となっている。一方、児童（10 歳から 14 歳まで）の主な原因は、「悪性新生物」（22.6％）、「自殺」（19.0％）、「不慮の事故」（15.5％）となっている[2]。

#### (3)　小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成 12 年の 1,847 万人から平成 27 年の 1,590 万人まで減少している[3]。）にもかかわらず、18 歳未満の救急搬送数は増加傾向であった。近年は平成 17 年の約 51 万人から平成 27 年の約 46 万人と、やや減少傾向にある[4]。

また、同搬送における軽症者の割合は約 73％となっている[4]。さらに、小児の入院救急医療機関（第二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、９割以上は軽症であることが以前より指摘されている[5]。このように、小児救急患者※については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においてさえ軽症患者が多数受診している様子がうかがえる。

※　小児救急患者

救急車等によって救急搬送される小児患者や、休日・夜間等の通常の診療時間外に医療機関を受診する小児患者等を指す。

---

1　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）
2　厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成 27 年）
3　総務省「国勢調査」（平成 27 年）
4　消防庁「平成 28 年版　救急・救助の現状」（平成 28 年）
5　日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書」（平成 14 年）ほか

小児救急患者の時間帯別の受診状況をみると、平日では夕刻から準夜帯（18時から22時頃まで）にかけて増加傾向にあり、さらに土・日では多くなっている[6]。このように、小児救急患者は、いわゆる時間外受診が多いことが指摘されている。

小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医指向、病院志向が大きく影響していると指摘されている[6]。

このような状況を背景として、夜間や休日に、子どもの病気やけがへの対応について、保護者等の不安を軽減し、不要不急の受診を抑制するため、全国共通ダイヤルで看護師や小児科医師からアドバイスを受けられる「子ども医療電話相談事業（＃８０００事業）」（平成30年度に呼称を変更。）を平成16年度から開始している。平成22年度以降は全都道府県で実施されており、年間相談件数は、平成22年度の46.6万件から、平成29年度には94.2万件と増加している[7]。また、平成30年12月に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」において『「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！』が取りまとめられ、患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること、緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること等が求められており、具体的な事項として、＃８０００事業の体制整備や周知徹底が挙げられている。さらに、「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」（令和元年調査）においては、就学前の子どもがいる方を中心として認知の割合が向上していたが、「電話がつながるまでの時間が長かった」等の意見があり、適切な回線数の確保等が求められている。

## ２　小児医療の提供体制

### (1)　医療施設の状況

①　平成14年から平成26年までの間に小児科を標榜している一般病院は20.9%減少（3,359から2,656）、診療所は19.3%減少（25,862から20,872）、小児科が主たる標榜である一般診療所は6.6%増加（2,991から3,188）している[8]。

②　小児慢性特定疾患を取り扱う医療機関については各都道府県において指定されている。

③　平成11年度以降、小児救急医療体制の充実を図るため、病院群輪番制（163地区）や小児救急医療拠点病院（28か所）の整備を推進している。（数値はいずれも平成22年９月現在）

④　高度な医療を提供する新生児集中治療室（以下「NICU」という。）を有する医療機関数は、平成26年に330施設、PICUを有する医療機関数は、平成26年に41施設となっている[8]。

### (2)　小児医療に係る医師等の状況

①　我が国の小児科を標榜する病院一施設当たりの、小児人口は約５千人（例えば、英国では約２万５千人）、小児科医数は平均２名余（英国は約20名）と、他

---

6　厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」（主任研究者　衛藤義勝）（平成16年度）

7　厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

8　厚生労働省「医療施設調査」（平成26年）

の先進諸国に比べ、医療資源が広く薄く配置されている状況が指摘されている[9]。

② 平成 14 年から平成 26 年までの間に小児科医の数は 14,481 人から 16,758 人と約 2,300 人増加している[10]。また、小児人口 1 万人当たりの小児科医数でみても、7.7 から 10.3 と増加傾向にある。なお、女性医師の割合は、34.2%である。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　都道府県における小児医療体制の整備

#### (1)　小児医療に関する協議会

① 小児医療に関する協議会の設置

都道府県は、小児医療体制の整備に関する協議を行うため、小児医療の提供体制を整備･推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、小児医療に関する協議会を設置するものとする。小児医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、小児医療を実施する中核的な施設や地域の一次医療施設等の医師・看護師その他の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等のことをいうものであり、地域の実情に応じて選定する。なお、小児医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない。

② 協議事項

小児医療に関する協議会は、次に掲げる事項について、必要に応じて年に複数回、協議を行うものとする。またその内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。なお、小児患者の搬送及び受入れ、災害対策等、他事業・疾患との連携を要する事項については、小児医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議するものとする。

ア　小児医療体制に係る調査分析に関する事項
イ　医療計画（小児医療）の策定に関する事項
ウ　小児科の医師確保計画の策定に関する事項
エ　小児患者の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、小児の死亡や重篤な症例に関する事項
オ　他事業との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の小児期に合併する疾患に関する医療等）
カ　小児医療関係者に対する研修に関する事項
キ　その他、特に検討を要する事例や小児医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

小児医療に関する協議会については、医療法第 72 条に規定する都道府県医療審議会又は同法第 30 条の 23 第 1 項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。また、地域医療構想調整会議（医療法第 31 条の 14 第 1 項に

9　日本小児科学会調べ（平成 18 年）
10　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年）

規定する協議の場をいう。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2)　災害を見据えた小児医療体制

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された[11]。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命し、次に挙げる事項を整備すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。

①　災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、平時より訓練を実施

②　自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災都道府県からの搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築

2　目指すべき方向

当面、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、すべての小児救急医療圏（平成 31 年４月現在 336 地区）（「小児救急医療圏」については、第８次医療計画の指針を策定する際に「小児医療圏」として一本化することとしている。）で常時診療できる体制を確保するとともに、一般の小児医療も視野に入れながら、医療体制を構築していく。

その際、小児医療圏ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目標に、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携の構築を行う。また、医療機関の機能や患者のアクセス等を考慮し、小児医療圏の見直しを適宜行う等により小児医療圏毎の小児医療提供体制を検討する（日本小児科学会「小児医療提供体制委員会報告」（平成 27 年）を参考のこと）。

(1)　子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

①　急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制

②　慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する身体的及び精神的サポート等を実施する体制

③　家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制

(2)　小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

①　地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制

②　小児医療圏において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制

11　厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見のとりまとめ」（平成 28 年度）

③　三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制
④　身体機能の改善やADLの向上のため、早期からのリハビリテーションを実施する体制
※　慢性疾患児や障害児、心の問題のある児等に関しては、上記①～④の分類に基づく医療提供体制が必ずしも当てはまらない場合が想定されることから、地域の実情に応じ、適宜、体制の確保を図る。

(3)　地域の小児医療が確保される体制
①　医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制
②　小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、小児医療感の見直しや医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制

(4)　療養・療育支援が可能な体制
①　小児病棟やNICU、PICU等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施

3　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、小児の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能
①　健康相談等の支援の機能【相談支援等】
ア　目標
・　子供の急病時の対応等を支援すること
・　慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること
・　不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
・　小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

イ　関係者に求められる事項
（家族等周囲にいる者）
・　必要に応じ電話相談事業等を活用すること
・　不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
・　救急蘇生法等の適切な処置を実施すること
（消防機関等）
・　心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること
・　急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
・　救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること
（行政機関）
・　休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること（子ども医療電話相談事業（＃８０００事業）や他の電話相談事業について、適切な回線数の確保等を検討するに当たり、例えば、応答率（着信件数のうち受電対応者が応答した件数の割合）等を把握し、その結果も参考とすること。）

・　小児の受療行動に基づき、急病等の対応等について啓発を実施すること（小児救急医療啓発事業）
・　心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導する体制を確保すること（自動体外式除細動器普及啓発事業）
・　慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること

(2)　地域において、日常的な小児医療を実施する機能【一般小児医療】

①　一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能【一般小児医療】

ア　目標

・　地域に必要な一般小児医療を実施すること
・　生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること

イ　医療機関に求められる事項

・　一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
・　軽症患者の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）
・　他の医療機関の小児病棟やNICU、PICU等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること
・　訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること
・　医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること
・　家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること
・　慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・　専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

ウ　医療機関等の例

・　小児科を標榜する診療所（小児かかりつけ医を含む。）
・　一般小児科病院、小児地域支援病院※
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　訪問看護ステーション

※　小児地域支援病院は日本小児科学会の「地域振興小児科Ａ」に相当する。

②　初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

ア　目標

・　初期小児救急医療を実施すること

イ　医療機関に求められる事項

・　小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること
・　緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・　地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間・休日の初期小児救急医療に参画すること

ウ　医療機関の例

（平日昼間）
・　小児科を標榜する診療所
・　一般小児科病院、小児地域支援病院
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
（夜間休日）
・　在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター、小児初期救急センター

(3)　小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能【小児地域医療センター】
（日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの。）

①　小児専門医療を担う機能【小児専門医療】
（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。）

ア　目標
・　３の(2)の①の機能（一般小児医療）を担う医療機関では対応が困難な患者に対する小児専門医療を実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・　高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を実施すること
・　一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施すること
・　小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること
・　より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
・　療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例
・　地域小児科センター（NICU 型）
・　連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの。）

②　入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】
（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。）

ア　目標
・　入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・　小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施可能であること
・　小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと
・　より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
・　療養・療育支援を担う施設と連携していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例
・　地域小児科センター（救急型）

・　連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　小児救急医療拠点病院
・　輪番制・共同利用に参加している病院

(4)　三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの。）

①　高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。）

ア　目標
・　小児地域医療センター等では対応が困難な患者に対する高度な小児専門入院医療を実施すること
・　当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・　広域の小児中核病院や小児地域医療センター等との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること
・　療養・療育支援を担う施設と連携していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例
・　中核病院小児科（改革ビジョンに規定されるもの）
・　大学病院（本院）
・　小児専門病院

②　小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。）

ア　目標
・　小児の救命救急医療を 24 時間体制で実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・　小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること
・　小児の集中治療を専門的に実施できる診療体制（小児専門施設であれば PICU を運営することが望ましい。）を構築することが望ましいこと
・　療養・療育支援を担う施設と連携していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例
・　救命救急センター
・　小児救命救急センター
・　小児救急医療拠点病院のうち救命救急医療を提供するもの

(5)　小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】

小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において、最大の病院小児科であり、小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良（車で１時間以上）であるものと定義される。日本小児科学会の分析によると、小児人口の 5.4%をカバーしているに過ぎないものの、小児医療圏の面積は全国の約 25%と広

く、小児医療資源が乏しいため、他地域の小児科との統廃合は不適当であるとされている。

ア　目標

・　小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること

イ　医療機関に求められる事項

・　原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること

## 第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報

・　小児患者数（住所の別、軽症・重症の別、外来・入院の別、搬送の種類、受診時間帯）（患者調査）
・　乳児、乳幼児、小児（15 才未満）の死亡率（人口動態統計）
・　小児人口（住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査）
・　出生率（人口動態統計）
・　特別児童扶養手当数等（福祉行政報告例等）

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　小児科標榜病院数とその所在
②　各病院における診療の実態
・　外来（一般外来、各種専門外来、検診・育児相談・予防接種等）
・　入院（一般病床数、NICU 病床数、PICU 病床数、小児入院医療管理料の算定病床数等）
・　小児医療に係る医師の数（小児科医等）
③　小児科標榜診療所数とその所在
④　時間外の診療対応状況
・　休日・夜間診療所の運営状況（診療時間、対応疾病、医師人数等）
・　小児科を標榜する診療所及び病院の初期救急体制への関与状況
・　休日・夜間の薬局の運営状況（開局時間、薬剤師人数等）
⑤　小児救急医療に携わる施設とその位置（衛生主管部局）
⑥　救急医療機関の人員（衛生主管部局）
⑦　休日・夜間等における子供の急病等に関する相談事業
・　回線数、相談件数、認知度、応答率等
⑧　災害時の小児医療体制に関する事項
・　災害時小児周産期リエゾンの任命状況
・　小児医療施設や小児患者等の被害を想定した災害訓練の実施状況

(3)　指標による現状把握

別表 10 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

(1)　都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。

(3)　小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に小児医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、小児医療の体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。また、都道府県内における医療が必要な障害児等の支援に関わる医療・福祉等の関係機関と連係を図る。

　さらに、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第 4 条第 1 項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成 6 年厚生省告示第 374　号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年 7 月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。

　その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。

(4)　医療計画には、原則として各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

　さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が小児医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載をすることで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

(5)　集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。
①　連携強化病院の体制
②　連携病院の体制
③　連携強化病院と連携病院の連携体制
④　地域の診療所・連携病院の参加による休日・夜間初期小児救急医療体制
⑤　連携強化病院における地域の小児救急医療の支援体制
⑥　医療機関間における搬送体制
⑦　高次機能病院の役割

4　課題の抽出

都道府県は、「第２ 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１ 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の小児医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り小児医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、良質かつ適切な小児医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に小児医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策

やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

9　その他（第８次医療計画に向けて）

小児医療については、「第７次医療計画の中間見直し等に関する意見の取りまとめ」（令和２年３月２日医療計画の見直し等に関する検討会）を踏まえ、第８次医療計画に向けて、各都道府県において、下記の事項について検討するものとする。

(1)　産科・小児科の医師偏在対策に関連する事項

産科・小児科の医師偏在対策については、令和２年度より、各都道府県が策定した産科・小児科の医師確保計画に基づく対策が行われる。一方で、医療計画については、本指針を踏まえ、令和２年度中に各都道府県が中間見直しを行い、令和３年度より中間見直しを踏まえた対策が行われることとなる。小児科の医師確保計画における具体的施策には、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しが含まれることから、小児医療に係る医療計画における記載内容と原則として一致している必要がある。

各都道府県においては、本指針と「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえつつ、

○　小児医療に係る医療計画と小児科医師確保計画との整合性

○　小児救急患者に常時診療可能な体制が存在しない小児医療圏がないようにするための、小児医療圏の見直し等の施策（「小児救急医療圏」については、第８次医療計画の指針を策定する際に「小児医療圏」として一本化することとしている。）

○　医療機関における勤務環境の改善、医療機関までのアクセス支援等も視野に入れた、小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、検討していくこと。

# 在宅医療の体制構築に係る指針

多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。在宅医療は、高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である。

また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。

本指針では「第１　在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」において、どのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とそれらの関係機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

## 第１　在宅医療の現状

### １　在宅医療の現状

#### (1)　疾病構造の変化

昭和 10～20 年代において、我が国の死因の第１位であった結核に代わり、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになった[1]。こうした疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。

#### (2)　在宅医療のニーズの増加と多様化

平成 30 年における 65 歳以上の高齢者人口は、3,542 万人であるが [1]、平成 54 年には 3,953 万人となりピークを迎え[2]、同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 14%から 20%に増加する。また、65 歳以上の高齢者のいる世帯の約６割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約 136 万人から約 167 万人に増える [2]。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。

在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成 21 年の 13,543 人/月から、平成 30 年には 18,258 人/月と、増加している[3]。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している１ヶ月あたりの小児（０～９歳）の数は、平成 24 年の 91 人/月から、平成 30 年の 1,570 人/月へと増加し [3]、また訪問看護を受ける

---

1　厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（平成 30 年）

2　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（１月推計）」（平成 29 年）

3　厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

小児（０～９歳）の数は、平成 23 年の約２千人/月から、平成 29 年の約４千人/月へと増加している[4]。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

## 2　在宅医療の提供体制

### (1)　退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族の QOL 向上等の効果が報告されている[5]。

退院支援担当者を配置している病院は、平成 20 年の 2,450 ヶ所（28%）から、平成 29 年の 3,719 ヶ所（44%）へと増加している[6]。病床規模別にみると、300 床以上の病院では74%の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる[6]。

### (2)　日常の療養生活の支援

#### ①　訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、平成29年には180,100人/日で、平成23年の110,700人/日に比較し、63%増加している[7]。

訪問診療を提供している医療機関は、全診療所101,471ヶ所のうち、20,167ヶ所（19.9%）、全病院8,412ヶ所のうち2,702ヶ所(32.1%)である[6]。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は平成30年３月現在、それぞれ1,275ヶ所、13,614ヶ所の届出があり[8]、増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が0.3から4.4（全国値1.2）、後者が5.1から21.3（全国値11.0）とばらつきが見られる[7]。

病院、診療所を対象とした調査では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が24時間対応の困難さを挙げた[9]。在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。

#### ②　訪問看護

---

4　厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成 23,29 年）

5　医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究」（平成 19 年）

6　厚生労働省「医療施設調査（静態）」（平成 20,29 年）

7　厚生労働省「患者調査」（平成 23,29 年）

8　厚生労働省医政局地域医療計画課調べ（平成 30 年）

9　日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成 29 年）

訪問看護利用者約69.5万人/月のうち、医療保険による利用者は約22.9万人/月[10]、介護保険による訪問看護利用者が約46.6万人/月[11]である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは9,964カ所[11]、訪問看護を実施する病院・診療所は4,010カ所である[11]。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）をみると、5.7から17.5とばらつきがみられる（全国値10.9）[12]。

訪問看護ステーションの多くは、看護職員（常勤換算）が５人未満の小規模な事業所であるが、規模の大きな訪問看護ステーションほど、難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多く、また緊急の訪問が可能な体制をとれている事業所が多い実態がある[13]。

今後は、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

③　訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約40,600人/日（歯科外来患者総数の3.0%）であり、そのうち、77.6%が65歳以上である[6]。

全歯科診療所68,609ヶ所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、14,927ヶ所（21.8%）である[6]。在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は8,016ヶ所で増加傾向にあるが[14]、全歯科診療所の約12%にとどまっている。

近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、医療機関等との連携を更に推進していくことが求められている。

④　訪問薬剤管理指導

全薬局 59,613 カ所[15]のうち、在宅訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局数は、平成 26 年では医療保険では 3,598 ヶ所で算定回数は約 15 万回/年、介護保険では 11,020 ヶ所（重複あり）で算定回数は約 545 万回/年となっており[16]、実施施設は年々増加しているが薬局全体では約２割程度である。医療機関の薬剤師が実施した在宅訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約 460 回/月[17]、介護保険約 6,000 回/月 [11] となっている。地域の薬局には、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められている。

(3)　急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に

10　厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成 29 年）より算出
11　厚生労働省「介護給付費等実態統計」（平成 30 年６月）
12　厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査)」（平成 30 年）より算出
13　厚生労働省保険局医療課調べ（平成 29 年）
14　厚生労働省保険局医療課調べ（平成 29 年）
15　厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 30 年）
16　厚生労働省保険局、老健局調べ（平成 26 年）
17　厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（平成 30 年）

関する患者の不安や家族の負担への懸念が挙げられる[18]。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

そのため、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められている。

(4) 在宅での看取り

55%の国民が、治る見込みがない病気になった場合に、自宅で最期を迎えることを望んでいるが[18]、場所別の死亡率をみると、医療機関での死亡率が77%となっている[1]。患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

## 第２　医療体制の構築に必要な事項

### １　目指すべき方向

前記「第１　在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

(2) 日常の療養支援が可能な体制

① 多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

② 緩和ケアの提供

③ 家族への支援

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 患者の病状急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

① 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付けていくことが望まれる。

### ２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容（目標、関係機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

18 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成24年）

② 入院医療機関に求められる事項
- 退院支援担当者を配置すること
- 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
- 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

（医療機関の例）
- 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項
- 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）
- 病院・診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標
- 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項
- 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関

との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること※

・　災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること

・　医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること

・　身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

※　がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照。

（関係機関の例）

・　病院・診療所
・　訪問看護事業所
・　薬局
・　居宅介護支援事業所
・　地域包括支援センター
・　介護老人保健施設
・　短期入所サービス提供施設
・　基幹相談支援センター・相談支援事業所

(3)　急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

①　目標

・　患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

②　在宅医療に係る機関に求められる事項

・　病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること

・　24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること

・　在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

（関係機関の例）

・　病院・診療所
・　訪問看護事業所
・　薬局

③　入院医療機関に求められる事項

・　在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと

・　重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

（医療機関の例）

・　病院・診療所

(4)　患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

①　目標

・　住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

②　在宅医療に係る機関に求められる事項

・　人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること

・　患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと

・　介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

（関係機関の例）

・　病院・診療所

・　訪問看護事業所

・　薬局

・　居宅介護支援事業所

・　地域包括支援センター

・　基幹相談支援センター・相談支援事業所

③　入院医療機関に求められる事項

・　在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

（医療機関の例）

・　病院・診療所

(5)　在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。

基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

①　目標

・　在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと

・　多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと

・　在宅医療に関する人材育成を行うこと

・　災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと

・　患者の家族への支援を行うこと

・　在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

②　在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

・　医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと

・　在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること

・　在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと

・　臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・　災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・　地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・　入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
・　地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

(6)　在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組や、障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

①　目標

・　多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること

②　在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

・　地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・　地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・　質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・　在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

## 第３　構築の具体的な手順

### １　現状の把握

都道府県は、在宅医療の体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報

・　退院支援を受けた患者数
・　往診を受けた患者数

・　訪問診療を受けた患者数
・　訪問歯科診療を受けた患者数
・　訪問看護利用者数
・　薬剤師による訪問薬剤管理指導の利用者数
・　管理栄養士による訪問栄養食事指導の利用者数
・　歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
・　訪問リハビリテーション利用者数
・　短期入所サービス（ショートステイ）の利用者数

(2)　医療資源・連携等に関する情報
・　在宅医療を担う関係機関の数とその位置（訪問診療等を実施する診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局等）
・　在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数等）
・　連携の状況（関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3)　指標による現状把握

別表11に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、

関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、在宅医療及び介護、障害福祉の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護、障害福祉の関係機関等との情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努める。

(2) 保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関等が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

## ４　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、市町村と連携しながら、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

特に、将来の在宅医療に係る医療需要について、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

## ５　数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、地域医療構想(医療法第 30 条の４第２項第７号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。)による病床の機能分化・連携に伴う、介護施設、在宅医療等の追加的需要や、高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加に対する目

標について、介護保険事業（支援）計画等と整合性をもって設定していくことが重要であり、医療・介護の体制整備に係る都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

具体的には、地域医療構想において定めることとされている構想区域における将来の居宅等における医療の必要量に、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要が含まれていることを踏まえ、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する具体的な数値目標を記載することとする。介護施設、在宅医療等の追加的需要の考え方を含め、将来必要となる訪問診療の需要については、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。

また、これに加え、

・　在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標、
・　多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標

について、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めるものとする。

（目標設定する項目・指標の例）

・「退院支援」　退院支援ルールを設定している二次医療圏数
・「急変時の対応」　在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
・「看取り」　在宅看取りを実施している診療所・病院数
・「訪問看護」　24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、機能強化型訪問看護ステーション数
・「訪問歯科診療」　訪問歯科診療を実施している歯科診療所数、在宅療養支援歯科診療所数
・「訪問薬剤管理指導」　訪問薬剤指導を実施している事業所数

なお、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、第７次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第７期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、まずは令和２年度末における整備目標を設定し、その後、医療計画の中間年（３年目）での見直しにおいて、国保データベースのデータ等も参考にしながら、中間年までの進捗状況を評価した上で、第８期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、令和５年度末における目標を設定することとする。なお、令和２年度末における整備目標を設定できていない都道府県においては、医療計画の中間年での見直しにおいて、追加的需要における在宅医療の整備目標及び介護のサービス量の見込みについて按分の上、第７次医療計画と第８期介護保険事業(支援)計画に反映することとする。

## 6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策については、原則、記載することし、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載す

るよう努めるものとする。
　また、施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。
（施策の例）
・　地域住民に対する普及啓発
・　入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・　入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施　等
　さらに、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。
　特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

## 7　評価

　計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、計画期間の中間年での見直しを見据え、適時に調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

## 8　公表

　都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策・事業やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

# 令和３年度　第１回沖縄県がん診療連携協議会　医療部会　議事要旨

日　　時：令和３年５月24日（月）　15：00～16：00
場　　所：Zoomを利用したWeb開催
構 成 員：８名
出 席 者：〈Zoom〉６名：宮里浩（那覇市立病院）、照屋淳（北部地区医師会病院）、伊波善之（沖縄県保健医療部健康長寿課）、朝倉義崇（中部病院）、岸本信三（宮古病院）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：２名：松茂良力（八重山病院）、野村寛徳（琉球大学病院第一外科）
陪 席 者：１名：西銘亜希（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和２年度 第３回沖縄県診療連携協議会 医療部会議事要旨について
増田副部会長より、資料１に基づき令和２年度第３回議事要旨について説明があった。

２．がんゲノム医療外来における他院からの紹介について
**増田副部会長：**１点、大きく変わったことがある。腎細胞がん、膀胱がんは従来通りだが、前立腺がんの取り扱いが変わり、コンパニオン診断的な前立腺がんの遺伝子変異をこの遺伝子パネル検査を用いて診断することになった。そのため前立腺がんだけは、琉球大学病院の泌尿器外科に直接ご紹介していただくことになった。院内での審査が下り次第、文書等で通知させていただく。もう１点は、紹介の際に提出していただく診療情報提供書において依然として記入漏れが多いため、ぜひ家族歴も含めて全項目に記載いただきたい。最後に現在紹介いただいている症例に偏りがあるため、受け入れる側としてまだ余裕があるので、ほかのがん種についてもご紹介いただきたい。
**照屋副部会長：**遺伝子パネル検査の申込担当者が各病院１人で行うのは負担が大きいという意見が友愛医療センターからあったのだが、担当者を増やせないか。
**増田副部会長：**現状のまま各病院、担当者１人で行っていただきたい。
**朝倉委員：**がんゲノム医療外来において紹介元の地域の内訳を知りたい。
**増田副部会長：**中部病院からの紹介が８割を占めている。がん種でいうと膵臓がんが全体の半分を占めており、次に多いのが大腸がんでその他は希少がんになっている。

３．医療部会　委員一覧について
**増田副部会長：**資料３にある通り、概ね昨年度と同様であるが、患者委員として参加いただいていた又吉委員が昨年度末で委員を辞退され欠員となっているため、現在、別の患者会のメンバーを探しているところである。その他の構成員としては、県内６拠点病院から一人ずつ入っていただいている。他の部会では、拠点病院以外の先生や様々な立場の方に入っていただいているので、当部会の委員としてぜひご推薦、ご紹介いただきたい。

4．その他
　特になし。

【協議事項】
沖縄県庁ホームページに公開された「がん診療を行う県内医療施設」について
4 月 16 日に公開された「がん診療を行う県内医療施設」一覧をふまえて、委員のご意見を伺った。議論の前に伊波委員より、医療施設一覧は、資料 4-2 において示した基準に合致しているかどうかを個々の医療機関に照会した結果をもとに掲載したものだが、県からの再三の依頼に対して回答いただけなかった医療機関については掲載されていないという点は留意いただきたいと説明があった。
●**大腸がん：朝倉委員：**伊波委員の説明も含めて掲載されている医療機関に違和感はない。**宮里部会長：**那覇市立病院は大腸がんに関しては基準に達していて問題ないかと思うが、県に回答していないためかどうか不明だか、なぜ掲載されていない点が気になった。**照屋副部会長：**手術症例は満たしていると思うが、認定医の数で基準に達していないので、その点について病院として動きたいと思う。**岸本委員：**宮古、八重山病院も胃がんも大腸がんもそれぞれ手術をしているのだが、掲載されていないことで、対応できていないという印象を与えていないか危惧するところである。
●**胃がん：岸本委員：**ESD がハードルになっていると思うが、主だった病院が入っているので問題ないと思う。
●**乳がん：増田副部会長：**乳がんの場合は、要件として、乳がん学会の認定施設か関連施設ということでしかなく、率直なところこの掲載施設でよいか。**朝倉委員：**乳がんの場合、クリニックを中心とした沖縄県の診療体制を考えれば、このような掲載にならざると得ないと思う。
●**肝臓がん・胆道がん・膵臓がん：宮里部会長：**認定の基準によるかと思うが、もう少し高度の医療に対応できているかということでもう少し施設を絞ってもいいのではないか。**朝倉委員：**当院で肝臓の手術で最も多く執刀していた医師が転勤になったこともあるため、各がん種で対応できる医師に各病院で流動が見られるため、対応可能施設かどうかを定期的に繰り返し議論していく必要がある。**増田副部会長：**この分野においては県内の専門医が高齢化している印象もあり、今後の専門医の育成を考えていく必要があると思う。**岸本委員：**今後の掲載基準として、認定施設及び関連施設ということで、治療実績に見合った掲載を希望する。
●**食道がん：宮里部会長：**ある程度、琉球大学病院に集約化したほうがよい。
ここまでの協議をふまえ、県との調整のうえ、定期的に議論していくこととなった。

２．次回の開催日程について
増田副部会長より、議事次第のとおり説明があった。

３．その他
**朝倉委員：**医療部会の役割として人材育成があるが、腫瘍内科医の数が県内では少なく育成に手間取っているが、今年４月より沖縄協同病院にカナダで研修されてきた安次嶺先生が戻られたので、この医療部会にご参加いただきたい。当院も琉球大学病院とともに臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医の認定研修施設となっているが、現在は都道府県単位で専門医の承認を行うことになっており、琉球大学病院が沖縄県の代表となっているので、専門医の指導や認定など増田副部会長に相談させていただきたい。
**増田副部会長：**引き続き対応していきたい。　　※以上をもって本会議を終了した。

資料２０

# 令和３年度第１回緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング 議事要旨

日　時：令和３年５月19日(水)16：15～17：30
場　所：ZOOMによるWeb会議

出席者12名：三浦耕子（県立中部病院)、中村清哉（琉大病院)、足立源樹（那覇市立病院)、笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、林正樹（中頭病院)、宮平奈美子（ハートライフ病院)、新里誠一郎（浦添総合病院)、友利健彦（沖縄赤十字病院)、朝川恵利(県立宮古病院)、神山佳之(南部医療センター・こども医療センター)、増田昌人（琉大病院)
欠席者４名：新屋洋平(中部徳洲会病院)、酒井達也(県立八重山病院)、久志一朗(沖縄病院)、西原実(ハートライフ病院)
陪席者１名：下地清美(琉大病院)

**報告事項**

1.令和２年度　第４回 緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング議事要旨について
資料１に基づき、令和２年度第３回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

2. 令和２年度　第1～4回 緩和ケア・在宅医療部会議事要旨について
資料２に基づき、令和２年度第1～4回緩和ケア・在宅医療部議事要旨が承認された。

3.令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧について
資料３に基づき、令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧が承認された。今年度より宮古病院は新垣亮太委員から朝川恵利委員(がん性疼痛看護認定看護師)へ変更となり、南部医療センター・こども医療センターの神山佳之委員(地域医療科副部長)が追加となった。

4.令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会委員名簿一覧について
資料３に基づき、令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会名簿一覧(部会・研修WG・在宅WG)が確認された。在宅WGは今年度より、宮古病院は朝川恵利委員から金城美奈子委員(地域連携室がん相談員副師長)へ、那覇市立病院は吉澤龍太委員から東恩納貴子委員(がん看護専門看護師)へ、県立八重山病院は大上永利子委員から屋比久倫子委員(地域連携室看護師)へと変更になったと報告があった。

5.令和２年度緩和ケア研修会開催日程一覧について
資料４に基づき、令和２年度緩和ケア研修会開催日程一覧が確認された。

6.令和2年度　沖縄県緩和ケア研修会の報告書について

(1)ハートライフ病院(第4回)

宮平さんより、資料5に基づき報告があった。2021年2月13日(土)に例年は30名程だが、感染症対策のため受講者12名(医師9名、看護師3名、うち院外2名）で開催した。事前に参加者にCOCOAやRICCAを登録してもらい、全員にフェイスシールドの着用をお願いするなど感染対策に力を入れ、研修会は問題なく終了したとの報告があった。

(2)南部医療センター・こども医療センター(第5回)

神山委員より、資料6に基づき報告があった。2020年2月20日(土)に受講者11名(医師11名・うち院外2名)で開催した。参加者全員のマスク着用、消毒用のアルコール消毒等で感染症対策を行った。受講生のほとんどが研修医だったため知識が広まりにくかったので次回からは医師以外の受講生も取り入れていきたいと報告があった。

7.第3回日本緩和医療学会九州支部学術大会について

笹良委員より、資料7に基づき報告があった。11月20日(土)にWEB開催し、その後2週間の配信を行う。参加費3000円、学生・ピアサポーターは無料の予定、募集期間は6月末～8月末の予定とのこと。協力・参加の依頼があった。

8.その他

特になし。

**協議事項**

1.南部医療センター・こども医療センターの委員追加について

中村委員より神山佳之委員が追加になったと報告があった。

2.令和3年度緩和ケア研修会の統一カリキュラムについて

資料8に基づき、中村委員よりプログラム案の共有がされた。

3.令和3年度緩和ケア研修会スケジュールについて

| 主催病院 | 日程 |
|---|---|
| 琉球大学病院 | 2021年9月18日(土) |
| 南部医療センター・こども医療センター | 2021年10月2日(土)予定 |
| 中頭病院 | 2021年11月28日(日)から12月19日(日)までの間(医師会総会のため12月12日(日)以外)の予定 |

| | |
|---|---|
| 友愛医療センター | 2022年1月15日(土)予定 |
| ハートライフ病院 | 2022年2月予定 |
| 沖縄赤十字病院 | 他院の日程をみて調整 |
| 北部地区医師会病院 | 共催であれば考えていきたい |

中村委員より、研修会を2つの病院で同時開催すると、今年度からは両方の病院の実績となると報告があった。また、日程が決まり次第事務局から順次お伝えすることとなった。

4. E-learning 修了生(医師)の緩和ケア研修会未受講に関する取扱いについて

資料 10 に基づき、中村委員(琉大病院)、三浦委員(中部病院)、神山委員(南部医療センター・こども医療センター)からそれぞれ報告があった。

5. 緩和ケア研修会の修了割合について

資料 11～16 について各病院から報告があった。中村委員より、ペインや緩和に関わる医師に絞り、検診センターは省いて計上すると割合がもう少し向上すると意見があった。

笹良委員より、循環器科について緩和に関わってくるので除外しなくても良いのではと意見があった。

6. 令和 3 年度感謝の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)開催について

笹良委員より資料 17 に基づき、今年度は WEB 開催で令和 4 年 1 月 29 日(土)と、在宅版は令和 3 年 12 月 19 日(土)に開催され、集合マイク・プロジェクターを神戸大学から借りられるので、機器がないところでも開催可能になる旨報告があった。

7. 2021 年度地域緩和ケア連携調整員研修　募集通知について

増田委員より資料 18 について報告があった。

笹良委員より今までの参加有無について質問があり、琉大病院は未参加、中部病院は不明と回答があった。

8. 2021 年度　都道府県指導者養成研修(緩和ケアチーム研修企画)ならびにフォローアップ研修について

増田委員より資料 19 について報告があった。都道府県単位の参加となるとの事であった。

9. 緩和ケアチーム実地研修の開催について

増田委員より資料 20 について、実地研修について開催することが義務になっているので今年は開催するのか協議したいと提起があった。後日メール等にて調整することとなった。

10.次回令和 3 年度第 2 回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキングの日程について

2021 年 8 月頃 WEB 開催予定。後日、調整さんにて日程調整をすることとなった。

11.その他

増田委員より、診療報酬の加算の取得方法について各病院へ質問があり、どのくらい取得出来ているのかデータを頂きたいとお願いがあった。

神山委員より、南部医療センター・こども医療センターは患者から同意を得て計画書を作成し、診療加算を取得している、那覇市立病院、中部病院は取得出来ている、宮古病院は取得出来ていないため、体制を整えているところと返答があった。

# 令和３年度　第１回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和３年６月２日(水)　16：05　～18：15
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 12 名：笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、屋良尚美（県立中部病院)、喜屋武隆也（沖縄県健康長寿課)、三浦耕子（県立中部病院)、中島信久（琉大病院)、中村清哉（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、足立源樹（那覇市立病院)、名嘉眞久美（がん患者会連合会)、朝川恵利（宮古病院)、増田昌人（琉大病院）
欠席者１名：酒井達也（八重山病院）
陪席者２名：有賀拓郎（琉大病院）、下地清美（琉大病院）

**報告事項**

1.令和２年度　第４回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
資料１に基づき、令和２年度第４回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。

2.令和３年度緩和ケア・在宅医療部会、研修 WG、在宅 WG　委員名簿一覧
資料２に基づき、令和３年度緩和ケア・在宅医療部会、研修 WG、在宅 WG 委員が確認された。

3.令和２年度　緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング(第１回～第４回)議事要旨
資料３に基づき、令和２年度第４回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。

4.令和２年度　緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング(第１回～第４回)議事要旨
資料４に基づき、令和２年度第４回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。

5.令和２年度　緩和ケア研修会開催日程について
資料５に基づき、令和２年度緩和ケア研修会開催日程一覧が確認された。
また、増田委員より、今年度の研修会の共催について説明があり、今年度については琉大は共催の条件に当てはまらないため共催不可、那覇医師会病院と中部病院へ八重山病院・宮古病院と共催可能か打診があった。

6.沖縄県緩和ケア研修会の報告
①ハートライフ病院(第４回)
資料6に基づき、増田委員より第4回緩和ケア研修会について報告があった。参加者は12名（医師９名、看護師３名）協力者 19 名で新型コロナの対策を意識しながら滞りなく行われた。
②南部医療センター・こども医療センター(第５回)
資料７に基づき、増田委員より第５回緩和ケア研修会について報告があった。参加者 11 名（全て医師)、講師とファシリは 11 名、省エネ形式で行われた。

7. 令和 3 年度緩和ケア研修会開催日程一覧について

資料 8 に基づき、笹良部会長より報告があった。那覇市立病院の足立委員より、コロナの関係で昨年は病院内の開催としており、宮古病院との共催の話については病院側と相談したいとのことだった。また笹良部会長より、研修医の義務要件に緩和ケア研修会が入っており、病院に属していない研修医も受講してくることを前提としておいてくださいとのことだった。

県立中部病院の屋良委員より 11/13(土)を予定としていると報告があった。

8. 第 3 回日本緩和医療学術大会　九州支部大会について

笹良部会長より、11/20(土) WEB開催、11/20(土)～12/4(土)までオンデマンド配信されると報告があった。会員・非会員ともに参加・発表も可能となり、決まり次第ホームページに掲載予定。また、大会終了後にリモートでの懇親会を予定しているため、部会の皆様に進行役のご協力をお願いしたいとのことだった。

第26回日本緩和医療学会学術大会について、6/18(金)と6/19(土)にハイブリッド開催され、オンデマンド配信を行うのでご視聴くださいとお話があった。

9. その他

特になし

**協議事項**

1. 令和3年度　緩和ケア・在宅医療部会　部会長・副部会長の選任について

資料2に基づき、今年度のWG長は笹良委員、副WG長は野里委員と屋良委員で承認された。

2. 今年度の事業計画について

増田委員より、事業計画の前に事前共有としてがんを行う医療機関が沖縄県のホーム―ページに掲載されており、医療計画・病院選定について説明があった。

(https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kenkotyoju/cancer/documents/itiran.pdf)

※送付資料は沖縄県の資料を加工し、病院毎にまとめたものになります。

それを踏まえ、当日資料「緩和ケアロジックモデル」の①「全ての患者が適切な緩和ケアを受けるために医療機関は組織化した緩和ケアを提供している」②「専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームが整っている」を実現するための項目について、それぞれ再考の依頼があった。

中島委員より、新しいことを導入するより、現在行っているスクリーニングの掘り下げや、専門的な緩和ケアを提供できる人材の枠組みを整えていく方が良いのではと意見が出た。

人材について、看護師は以前より増えているので、緩和医療専門医/認定医の資格の取得を推進すること、薬剤師については、薬剤師に準ずる資格を県が認定して頂ければ配備しやすいとの意見だった。

後日中島委員、有賀先生、増田委員で打ち合わせを行い、事務局の方でやるべきことをまとめてメールにて共有し審議して頂くこととなった。

5.PCU転院相談の際の相談外受診ならびに転院までの所要日数に関する情報の一覧作成について

増田委員より、現在いくつかの病院宛に文章を作成し、送付している旨説明があった。

6.2021年度 地域緩和ケア連携調整員研修 募集周知について

7.2021年度 都道府県指導者養成研修(緩和ケアチーム研修企画)ならびにフォローアップ研修について

増田委員より、研修については個別に通知するのでご参加下さいとのことだった。

8.次回令和3年度第2回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和3年9月予定　詳細は後日調整

9.その他

喜屋武委員より研修会を共催する場合は早めにご連絡頂きたいと依頼があった。

●予定時間を超過しているため、以下の議題については次回に繰り越し

3.痛みのスクリーニングと結果のフィードバック及び主治医(チーム)の行動変容について

4.拠点病院におけるPDCAサイクル体制強化について

資料２１

# 令和３年度　第１回沖縄県がん診療連携協議会　小児・AYA 部会　議事要旨

日　　時：令和３年６月 24 日（木）　16：00～17：00
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：17 名

出 席 者：12 名
百名伸之(琉大病院小児科)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、森島聡子(琉大病院第二内科)、伊良波史朗(南部医療センター・こども医療センターＣＬＳ)、新屋敷誠(森川特別支援学校)、城間敏生(代理　奥間あさみ　沖縄県教育庁保健体育課)、玉城学(代理　濱元伸　沖縄県教育庁県立学校教育課)、朝倉義崇(中部病院血液・腫瘍内科)、當山美奈子(琉大病院看護部)、伊波善之（沖縄県保健医療部健康長寿課)、金城敦子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、増田昌人（琉大病院がんセンター)

欠　　席：５名
比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、佐久川夏実(南部医療センター・こども医療センターＣＬＳ)、浜田聡(琉大病院小児科)、當銘保則(琉大病院整形外科)、大城一郁(南部医療センター・こども医療センター血液・腫瘍内科)、

陪 席 者：２名
有賀　拓郎 (診療情報管理センター)
石川　千穂(がんセンター事務)

【報告事項】

１．令和２年度 第４回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨（３月１１日）
百名委員より、資料１に基づき説明があり、承認された。

２．令和２年度 第３回「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG
議事要旨（１２月１７日）
増田委員より、資料２に基づき、説明があり承認された。

３．小児・AYA 部会　委員一覧
百名委員より、今年度委員名簿の説明と、新委員からの自己紹介があった。

４．「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧
銘苅委員より、資料４に基づき、委員に変更はないことが説明された。

５．沖縄県共通の妊孕性温存の説明文書と「がんと生殖カウンセリング連携シート」の周知状況について
銘苅委員より、資料 5 に基づき説明があった。妊孕性温存療法研修会を開催した、県内の

各病院で共通説明部文書や、がんと生殖カウンセリング連携シートを電子カルテに掲載してもらう等、周知については着々と進んでいるとのことだった。

６．沖縄県内の各医療機関での研修会について

新型コロナで延期が続いているが、少しずつ進めているとのことだった。また、WEB開催も検討しているとのことだった。

７．「妊孕性温存療法」に対する医療補助について

資料のリーフレットに基づき、伊波委員より妊孕性温存療法の助成について説明があった。指定医療機関の要件を満たしているのは、現状、県内では琉大病院のみとなっている、正式に指定医療機関に決定された際はＷＥＢ等で案内する予定とのことだった。百名委員より、卵巣保存等の臨床研究も補助の対象になるのか確認があり、エビデンスの蓄積という意味で患者データと交換で補助がおりるとのことだった。また、保存のための維持費は患者負担になるとのことだった。増田委員より、国からの補助ということで男女４３歳未満というしばりがあるが、がん対策上及び倫理上は妊孕性について説明する義務があると言われているので、４３歳という年齢で切らずに説明は必要であるとの補足があった。銘苅委員より、説明を行う際、年齢制限はしておらず、県内の研修会でもそのように周知している、がん治療の担当医からの説明は難しいと思われるので、生殖医療の方へ紹介頂き説明を行っているとのことだった。

8. 小児・AYA がん保護者向けチラシについて

事務局から、県内の各学校(幼・小・中・高・特別支援学校・大学・専門学校)と、琉大病院外来、南部センター・こども医療センター外来、森川院内学級に配布されたことが報告された。

9. 第 1 回小児・AYA 世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

10. 第 2 回小児・AYA 世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

報告事項 9 及び 10 については、報告事項 7『「妊孕性温存療法」に対する医療補助について』で説明があったように、県に下りてくる前の検討会ということで、各自確認するようにとのことだった。

【協議事項】

1. 今年度の部会長・副部会長の選出及び部会委員の追加について

今年度の委員について、資料 11 の委員名簿の通り承認された。

２．小児がん拠点病院の QI 評価について

百名委員より、琉大病院は昨年、小児がん拠点病院である九大病院の連携病院として指定され、ＱＩ評価(がん診療の質の評価)に資料 12 のように回答したと説明があった。

琉大の課題は以下の通り。

・小児がん認定外科医が不在。【指標 2】(資格を取得予定の医師がいるとのことだった。)

・チャイルド・ライフ・スペシャリスト等、小児支援の職種が不在。【指標 8】
・小児がん相談員専門研修修了者がまだいない【指標 9】（受講予定の職員はいるとのこと）
・小児科からの病理診断提出率は、ほぼ１00％だが、小児科以外（18 歳～20 歳）の科からの提出率が低いため、全体で 33.3％にとどまっている。【指標 11】

今後も定期的に評価されることになるので、南部医療センター・こども医療センターの状況も把握しながら、努力が必要な部分に関して、小児・ＡＹＡ部会でも検討課題として協議出来ればとのことだった。

３．ロジックモデルと今年度の部会活動計画について

「ライフステージに応じたがん対策」分野に関するロジックモデルの素案が増田委員より提示された。ひと月後にロジックモデルだけで１時間程度ディスカッションを行うこととなった。

４．「沖縄がんと生殖医療ネットワーク」について

銘苅委員より、現在はこのネットワークは小児・ＡＹＡ部会に移行しているとの説明があった。

５．今後の妊孕性温存療法 WG の在り方について

銘苅委員より、現状、各拠点病院と直接連携をとれているとの説明があった。会議開催については必要が出てきた際に開催していくとのことだった。

６．次回開催日程について

後日、事務局より候補日を挙げて、メールでアンケートを行い決定することとなった。

資料２２

# 令和３年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会 議事要旨

日　時：令和３年６月８日（火）　15：00～16：00
場　所：Zoom を利用した Web 開催
構成員：13 名
出席者：13 名

松村敏信（県立宮古病院）、菊池馨（県立八重山病院）、赤松道成（北部地区医師会病院）、見里悟美（県立宮古病院）、伊波善之（沖縄県保健医療部健康長寿課）、我如古春美（北部地区医師会病院）、朝倉義崇（県立中部病院）、戸板孝文（県立中部病院）、友利寛文（那覇市立病院）、真栄里隆代（ゆうかぎの会）、平良美江（県立八重山病院）、田盛亜紀子（やいまゆんたく会）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）

オブザーバー参加：２名

有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター）
吉田幸生（県立中部病院）

陪席者：１名

並里亜衣（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】

１．離島・へき地部会委員について

松村部会長より、資料１に基づき令和３年度の離島・へき地部会委員一覧について説明があった。変更等があれば事務局まで連絡するよう説明があった。

２．令和２年度 第４回離島・へき地部会議事要旨について

松村部会長より、資料２に基づき令和３年度第３回離島・へき地部会議事要旨について説明があった。変更等があれば事務局まで連絡するよう説明があった。

３．離島・へき地から本島内の放射線施設への紹介手順等について

松村部会長より、資料３に基づき離島・へき地から本島内の放射線施設の手順について説明があった。戸板委員より、補足の説明があった。補足事項及び放射線治療施設一覧の内容を再度確認し、追加配布を検討することとなった。

４．がんゲノム医療外来への紹介手順について

増田委員より、資料４に基づきがんゲノム医療外来への紹介手順について説明があった。

がんゲノム医療外来への紹介が少ないことや、前立腺がんの紹介手順の変更点についての説明があった。

5．その他
特になし。

【協議事項】
1．離島及びへき地対策のロジックモデル、中間評価及び今年度の部会の活動について
増田委員より、資料5に基づき離島・へき地対策のロジックモデルについて説明があった。
田盛委員より、病院が抽出した患者さんだけではなく、患者会も対象にして双方の調査を行って総括的な評価をしてみてはどうかという意見があった。その意見に対し、増田委員より調査結果に偏りが出てしまう傾向がある為、患者会を通してアンケート調査を実施する予定はないとの回答があった。また患者会独自で体験調査を行い、部会や協議会など調査結果を公表してみてはどうかという提案があった。
真栄里委員より、島でも安心して治療をして生活していくために、市町村や県、国に対して対策を求めるべきではないかという意見があった。伊波委員より、離島においても本島と同じような医療を受けられるよう、離島患者支援事業等をすすめている状況にあるとの回答があった。
松村部会長よりロジックモデルに関する質問や意見があれば増田委員か事務局まで連絡するよう説明があった。

2．本年度の開催日程について
松村部会長より議事次第のとおり説明があり、提案の日程で承認された。

3．その他
特になし。

資料２３

## 令和３年度第１回沖縄県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：令和３年５月 13 日（木）14：00～16：30
場　　所：Web（Zoom）会議のため、各施設にて
出 席 者：7 名
仲宗根るみ（代理：宮城郁美　北部地区医師会病院）、傳道聡子（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、金城美奈子（県立宮古病院）、眞喜志好枝(県立八重山病院)、増田昌人（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）、

陪 席 者：4 名　奥平藤也(県立中部病院)、糸数真理子（那覇市立病院）有賀拓郎(琉球大学病院)、石川千穂(琉球大学病院事務)

欠 席 者：3 名　樋口美智子（沖縄国際大学）、 島袋百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄ｱﾌｪﾘｴｰﾄ）、小波津真紀子(沖縄県保健医療部)

＊冒頭、新年度で新しい委員も加わったため、自己紹介が行われた

【報告事項】

1. 令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨
資料１に基づき、大久保委員より、令和２年度第４回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨について報告があり、承認された。

2. がん患者ゆんたく会（1～3 月）
令和２年 1～3 月のゆんたく会開催状況について報告があり、県立中部病院、那覇市立病院からは新型コロナの影響では各月とも開催なしとの報告があった。
琉大病院では、先着 10 名と人数制限を設け、１月５日のみ開催があった。参加者の近況報告を中心にフリートークが行われたが、一部参加者に発言が偏ってしまうという反省点があった。次回以降、皆さんが平等にお話しできるように調整したいとのことだった。近況として、県立中部病院では、５月に会議室を予約し調整していたが、県の状況が変わり、開催は振り出しに戻ったとのことだった。那覇市立病院でも、現状、開催の目途はたっていないとのことだった。宮古病院と八重山病院は、本年度は、今のところ開催未定。

3. がん相談件数（1～３月月）
資料 3-1～3-6 に基づき、令和３年 1～3 月の各拠点病院のがん相談件数について報

告があった。

北部地区医師会病院は、報告者が離席し、紙面報告となった。

県立中部病院では、1 月はゲノムや不安・精神的苦痛、2 月は傷病手当金について、3 月は在宅医療や介護保険に関する相談が主だった。また、院外からはひと月に 2～3 件程度で、セカンドオピニオンや転院に関する相談が、家族から多くあった。院内は、ランマークや輸血をやめて在宅に移行する際、家族や本人の不安を取り除きながら主治医と連携することに関する相談が何件かあった。

那覇市立病院では、2 月は新型コロナウイルスの影響で外来に制限がかかり、件数が少し減ったとのことだった。どの月も院外からは 1～2 件だった。相談の内容としては、在宅医療やホスピス・緩和ケアに関する事、不安や精神的苦痛に関する相談が主だった。電話での相談が増えており、時間も 60 分以上を要することもあるので、電話で長くなるときは、次回対面での相談を促したりもしているとのことだった。

宮古病院からも、相談件数の報告に続き、前年度の相談員からは、担当医からの紹介も少しずつ増えているが、泌尿器科や耳鼻科等からは介入依頼はまだまだなので、がん相談支援センターの周知も行っていきたいとのことだった。

八重山病院からは、前任者から、1 月はゲノムに関する相談が 6 件で、やや増加傾向との報告があったとのことだった。

琉大病院では、3 月が他月に比べると件数が増え、担当医が変わる時期ということも原因なのか、ホスピスや在宅療養の調整依頼が多かったとのことだった。大久保委員から、外来患者さんの在宅療養の調整がここ 5 年で確実に増えているのだが、地域の緩和ケア実施医療機関につなげた診療加算の取得状況（外来がん患者在宅連携指導料）がわかれば教えてほしいと、確認があった。那覇市立病院からは、在宅にはつなぐのだが、緩和ケア病棟の申し込みをしながら在宅の訪問看護の調整を行うことが多く、これまでに 2～3 件くらいしか結びついていないとのことだった。直接訪問診療につなげることに関して、今後も情報共有していければとのことだった。

4. 域統括相談支援センター活動報告

地域統括相談支援センターの新しい事務担当者から自己紹介があった。活動報告については紙面報告となった。

5. がん相談支援センターの広報

資料 5 に基づき、がん相談支援センターの広報の報告があった。 3 月の依頼から 5 月上旬までの間に、4 回の掲載依頼中、3 件掲載があった。掲載日当日は相談依頼が増えるので、引き続き広報を行っていく。

6. PDCA チェックリスト

資料６に基づき、各病院で開催された相互評価訪問に関する報告があった。
中部病院においては、62 項目 186 点満点中、152 点であった。指標 40 番の「多職種を配置している」という部分に関して、参加者から、院内で多職種と連携を取るなど、評価基準を実務的な評価指標にできればという意見があったとのことだった。指標 44 の「がんに関する図書」に関しては、エビデンスレベルやガイドラインの根拠等、正確な情報の判断基準を情報提供・相談支援部会で明文化したものを作成してはどうかとの意見もあったようだった。那覇市立病院では、186 点中 150 点で、概ね自己評価していたような評価となった。項目 3「地域の患者に対しての周知に関する取り組み」に関しては、地域の出前講座が出来なかったこともあり、自己評価 3 点から 2 点へと訂正された。参加者からは、以前に比べると相談窓口への同線もわかりやすくなった等の意見も頂けたとのことだった。増田委員より、今後の相互訪問について、以下について提案があり承認された。
①今年度から WEB 開催の検討も含めて、６病院で開催すること。
②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。
③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくてはいけないＳ項目を重点的にチェックすること。

7. 就労支援研修会の実地について

資料７に基づき、大久保委員から、オンライン開催の就労支援研修会について報告があった。就労支援、各病院での具体的な取り組み、療養両立支援指導料等、幅広い内容の意見交換・情報発信ができたとのことだった。研修内容に関する参加者の満足度は非常に高かったようだった。

【協議事項】

１． 部会委員及び部会長の選定について

資料８に基づき、大久保委員より、これまでの委員選任の経緯説明と、小児がんに関わる相談員や拠点以外の専門病院等から委員を新たに加えることについて、何か意見があるか確認があった。仲宗根委員から、がん相談の状況等についても意見交換もできるので、可能であれば非拠点からも加わって頂ければとの発言があった。就労支援やゲノム等に取り組んでいく専門病院の中から、事務局の方で検討し、依頼するということで承認された。部会長の選任については、候補者に検討頂き、次回改めて審議することとなった。

２． 令和３年度部会計画(各施策)

(1)「相談支援と情報提供」分野について

追加資料に基づき、沖縄県がん診療連携協議会議長あてに提出された要望書につい

て、増田委員から報告があった。要望内容から、情報提供・相談支援部会に直接関係している、１-①～2-③についての理解が求められた上で、相談支援と情報提供分野に関するロジックモデルについて提案があり、患者や家族が医療者から十分な情報を得られているためにはどのようにしたら良いか、また、各病院のがん患者さんが確実に相談支援センターを訪問するためにはどのようにしたら良いかについて、具体的な施策について検討された。相談支援センターの存在は知ってはいても、実際には訪問していない患者さんもいることや、院内での相談支援センターの周知不足についての問題が挙げられた。増田委員より、相談支援センターに立ち寄ってもらうための仕組みづくりについて、各病院で、今までやってうまくいったことや失敗したことをとりまとめ、次回以降の部会で審議するのはどうか、との提案があった。また、大久保委員より、今年度の事業計画に関して、相談支援センターの活用促進についての検討や、オンライン相談の整備、６施設での相互評価訪問等の提案があり、承認された。(2)「がん患者等の就労を含めた社会的な問題」分野と(3)「がんの教育・普及啓発」分野については、時間の都合上、次回以降の審議となった。

その他

（１）次回開催について

令和３年７月 15 日（木）に開催することとなった。Web での開催を予定。